

DOMANDA DI ASSENZA DAL SERVIZIO

Alla struttura:

RICHIEDENTE

MATRICOLA _____	Nominativo _____	Tel. Interno _____
Struttura di afferenza _____		Categoria _____

TIPOLOGIA ASSENZA

<input type="checkbox"/> FERIE	<input type="checkbox"/> INFORTUNIO
<input type="checkbox"/> FESTIVITA' SOPPRESSE	<input type="checkbox"/> MALATTIA
<input type="checkbox"/> CONTO RECUPERO	<input type="checkbox"/> RICOVERO/DAY-HOSPITAL
<input type="checkbox"/> PERMESSO LEGGE 104	<input type="checkbox"/> CONCORSO/ESAME
<input type="checkbox"/> DONAZIONE SANGUE	<input type="checkbox"/> MANDATO POLITICO
<input type="checkbox"/> RECUPERO GIORNATA elezioni	<input type="checkbox"/> CITAZIONE UDIENZA IN TRIBUNALE
<input type="checkbox"/> ASTENSIONE OBBLIGATORIA	<input type="checkbox"/> ACCERTAMENTI PRENATALI
<input type="checkbox"/> ASTENSIONE FACOLTATIVA – primi 30 giorni	<input type="checkbox"/> MALATTIA FIGLIO inferiore ai 3 anni – primi 30 giorni
<input type="checkbox"/> ASTENSIONE FACOLTATIVA – oltre 30 giorni	<input type="checkbox"/> MALATTIA FIGLIO inferiore ai 3 anni – oltre 30 giorni
<input type="checkbox"/> LUTTO: grado di parentela _____	<input type="checkbox"/> MALATTIA FIGLIO dai 3 agli 8 anni
<input type="checkbox"/> DOCUMENTATA GRAVE INFERMITA' di un parente o convivente: grado di parentela _____	
<input type="checkbox"/> 15 GIORNI PER MATRIMONIO contratto in data _____	
<input type="checkbox"/> PERMESSO STUDIO 150 ORE dell'anno accademico" _____	
<input type="checkbox"/> GRAVI MOTIVI PERSONALI O FAMILIARI per:	
<input type="checkbox"/> NASCITA del figlio _____ nato a _____ il _____	
<input type="checkbox"/> TRASLOCO nella nuova residenza in via _____	
<input type="checkbox"/> GRAVI MOTIVI PERSONALI per visita medica	
<input type="checkbox"/> _____	

DECORRENZA

<input type="checkbox"/> dal giorno _____ al _____ per la durata di giorni _____
<input type="checkbox"/> dalle ore _____ alle _____ del giorno _____

ALLEGATI

<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____

Con osservanza,

Cagliari _____

_____ (firma del richiedente)

_____ (firma leggibile del responsabile se richiesto)

-- Riservato all'operatore --

Caricato in procedura _____

Note: _____

Protocollato