

INVIARE VIA EMAIL A
gestioneassenze@hsangiovanni.roma.it

Alla U.O.C Politiche del Personale
e Gestione Risorse Umane
SEDE

DIRIGENZA AREA SANITÀ

Il/La Sottoscritto/a _____ matricola n° _____

In servizio presso _____ qualifica _____

Chiede di potersi assentare dal servizio per potere effettuare visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici **ai sensi dell'art. 37 del CCNL 2019/2021 dell'Area Sanità**

il giorno /..... /..... / **DPER125G**

dalle ore alle ore del giorno /..... /..... / **DPER126H.**

Il/La sottoscritto/a si impegna, **entro 10 giorni** al rientro in servizio, ad inviare a gestioneassenze@hsangiovanni.roma.it la certificazione rilasciata dalla struttura dove la prestazione è stata effettuata.

L'eventuale mancata presentazione entro il termine indicato comporterà l'inserimento dell'assenza ingiustificata nel cartellino interattivo, con conseguente richiamo in sede disciplinare.

Roma,

(firma del dipendente)

(firma e timbro del responsabile del servizio)