

INVIARE VIA EMAIL A  
[gestioneassenze@hsangiovanni.roma.it](mailto: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](mailto: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)