

INVIARE VIA MAIL A gestioneassenze@hsangiovanni.roma.it

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

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. 54 CCNL 2019/2021 Sanità**.

Il giorno /..... /..... / **DPER125G;**

Dalle ore alle ore del /..... /..... / **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 del responsabile del servizio)