

**DIPENDENTI I.S.S. IN ORGANICO - DOMANDA DI ASPETTATIVA
PER MOTIVI PERSONALI E/O FAMILIARI O PER GRAVI MOTIVI
PERSONALI E/O FAMILIARI**

San Marino, lì _____ Preg.mi:

Direttore UOC _____ **Responsabile UOS** _____

Caposala/Referente _____ **Coordinatore del Personale delle Professioni
Infermieristiche Tecniche e Socio Sanitarie**

Il/La sottoscritto/a _____ Cod. I.S.S. _____

dipendente I.S.S. con la qualifica di " _____ " occupato
presso _____ .

chiede di poter usufruire di un periodo di:

Aspettativa per motivi di famiglia o personali dal _____ al _____ ;
(richiesta per un minimo di sei mesi e fino ad un massimo di un anno) a mente dell'**art. 45 Legge n. 41/1972**;

dal _____ al _____ (2° anno consecutivo di aspettativa) a norma dell'**art. 9 Legge n. 151 del 10/12/1991; Art. 4 Decreto Delegato 110 del 2/8/2012.**

Aspettativa per gravi motivi di famiglia o personali dal _____ al _____ ;
(per periodi inferiori ai sei mesi e per un minimo di un mese) a mente dell'**art. 45 Legge n. 41/1972**;

La presente domanda, corredata di ricevuta di pagamento in applicazione dell'ordinanza C.d.S. 1/2022, viene esibita all'Ufficio Personale e Libera Professione, in data _____ nei termini previsti dalla Legge e rientra nei diritti del/della dipendente interessato/a.

Recapito Telefonico dipendente _____ Il/La dipendente _____

RISERVATO ALL'UFFICIO DEL PERSONALE E LIBERA PROFESSIONE

Vista la richiesta del/della Sig./Sig.ra _____ si dichiara che il
periodo di *Aspettativa* richiesto dal/dalla dipendente Sig./Sig.ra _____
è conforme alla Legge vigente e rientra nei diritti del/della dipendente interessato/a.

Data _____

Ufficio Personale e Libera Professione

RISERVATO AL DIRETTORE UOC, RESPONSABILE UOS, CAPOSALA, COORDINATORE PPITSS

Vista la richiesta del/della dipendente _____ considerate le
esigenze di servizio, si autorizza non si autorizza.
 si concorda un rinvio della decorrenza del periodo di aspettativa fino a sei mesi.

Data _____

Firma _____

Data _____

Firma _____