



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Potenza, addì 20 MAR. 2020

Prot. n. 28481
CLASS. 043-1355

A tutto il Personale

Comunicazione tramite sito internet aziendale

20 MAR

Oggetto: Modelli richiesta permessi e congedi ex artt. 24 e 25 del D.L. n. 18/2020

27 MAR

In allegato si rimettono i modelli, in formato word e PDF, da utilizzarsi per la fruizione dei permessi e dei congedi in oggetto richiamati

Il Direttore
U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane
Antonio Pedota



Richiesta congedo ex art. 25 D.L. n. 18 del 17 marzo 2020.

Il/la sottoscritt _____ nat__ a _____
(prov. _____) il _____, dipendente ASP
nel profilo di _____ in servizio presso _____

CHIEDE DI BENEFICIARE

(indicare il/i periodi di congedo richiesti - dal ___ al ___) _____

(si precisa che l'autorizzazione alla fruizione dei congedi può, in ragione dell'attuale situazione emergenziale, essere oggetto di revoca ove non sia possibile assicurare diversamente l'espletamento dei servizi sanitari necessari)

dei congedi ex art. 25 del D.L. n. 18/2020 (n. 15 giorni complessivi indennizzati al 50%)

A tal fine consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA (barrare con una X la condizione sussistente)

di avere un figlio di età non superiore ad anni 12

(indicare nome e cognome e data di nascita) _____

di avere un figlio di età compresa tra i 12 e i 16 anni (in tal caso non spetta alcuna indennità)

(indicare nome e cognome e data di nascita) _____

di avere un figlio con disabilità grave accertata ai sensi dell'art. 4 della L. n. 104/1992, iscritto a scuole di ogni ordine e grado o ospitato in centri diurni a carattere assistenziale

(indicare nome e cognome e data di nascita) _____

Al fine di poter accedere al beneficio previsto dall'art. 25 DL 18/2020 dichiara altresì che (le condizioni di seguito indicate devono essere sussistenti cumulativamente e non alternativamente):

- nel nucleo familiare non è presente un genitore beneficiario di misure di sostegno al reddito derivanti da sospensione o cessazione dell'attività lavorativa;
- nel nucleo familiare non è presente un genitore disoccupato o non lavoratore;
- uno o entrambi i genitori, nei periodi richiesti, NON stanno già fruendo di analoghi benefici.

Il/la dichiarante

Potenza, _____

Parte riservata al Responsabile della Struttura di afferenza, ex art. 25 comma 2 del DL 18/2020

Vista l'istanza di cui sopra il richiedente (barrare la casella che interessa)

SI AUTORIZZA NON SI AUTORIZZA la fruizione dei benefici previsti dall'art. 24 DL 18/2020.

Motivi eventuale diniego _____

(Parte eventuale) Si propone la fruizione del beneficio nei giorni di seguito indicati:

Potenza, _____

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Per accettazione della (eventuale) variazione
Il Richiedente



Richiesta permessi aggiuntivi L. n. 104/1992, ex art. 24 D.L. n. 18 del 17 marzo 2020.

Il/la sottoscritt _____ nat__ a
_____ (prov. _____) il _____, dipendente ASP
nel profilo di _____ in servizio presso
_____, titolare del diritto a
fruire dei permessi ex art. 33, comma 3, della Legge 5 febbraio 1992 n. 104,

CHIEDE DI BENEFICIARE

dal _____ al _____ :
dal _____ al _____ :
dal _____ al _____ :
dal _____ al _____ :

dei permessi previsti dall'art. 24 del DL 18/2020*

** n. 12 giorni complessivi aggiuntivi ai 3 giorni/mese, da fruirsi nei mesi di marzo e aprile 2020, per prestare assistenza a persona portatrice di handicap
(si precisa che l'autorizzazione alla fruizione dei permessi può, in ragione dell'attuale situazione emergenziale, essere oggetto di revoca ove non sia
possibile assicurare diversamente l'espletamento dei servizi sanitari necessari)*

Il Richiedente

Potenza, _____

Parte riservata al Responsabile della Struttura di afferenza, ex art. 24 comma 2 del DL 18/2020

Vista l'istanza di cui sopra il richiedente

SI AUTORIZZA NON SI AUTORIZZA la fruizione dei benefici previsti dall'art. 24 DL 18/2020.

Motivi eventuale diniego _____

(Parte eventuale) Si propone la fruizione del beneficio nei giorni di seguito indicati:

Potenza, _____

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Per accettazione della (eventuale) variazione Il Richiedente _____