



Regione Calabria
Azienda Sanitaria Provinciale
 Via Vinicio Cortese, 25 - 88100 Catanzaro

Alla U.O. Relazioni Sindacali
 Fax. 0961/7033351
rel.sindacaliaspcz@libero.it
relazionisindacali@asp.cz.it

Oggetto: richiesta di fruizione permesso sindacale retribuito.

Il sottoscritto C. F.

Matricola n. Categoria in servizio presso via

Città

in qualità di:

Il dirigente dell'O.S.

Il componente R.S.U.

Chiede di essere autorizzato ad usufruire di un permesso sindacale in data

Il orario dalle ore alle ore per un totale di ore minuti

Il giornaliero per un totale di ore

Per:

espletamento mandato (art. 10 CCNQ 7.8.98)

partecipazione a riunione di organismo direttivo statutario (art. 11 CCNQ 7.8.98)

a tal fine si riserva di presentare attestazione dell'avvenuta partecipazione, da parte della propria O.S.

Firma del dipendente

.....

N.B. il modulo deve essere compilato in ogni sua parte, corredato da apposita autorizzazione della propria O.S. o del Coordinatore R.S.U. ed inviato almeno 2 giornate lavorative precedenti la fruizione del permesso.

Il sottoscritto In qualità di Responsabile della U.O./Servizio, vista la richiesta di fruizione di permesso sindacale, tenuto conto che il comma 6 dell'art. 10 CCNQ 7.8.98 dispone che: *"Nell'utilizzo dei permessi sindacali deve comunque essere garantita la funzionalità dell'attività lavorativa della struttura o unità operativa – comunque denominata – di appartenenza del dipendente"*

Dichiara

che nulla osta alla fruizione del suddetto permesso sindacale

l'impossibilità di poter rilasciare nulla osta alla fruizione del suddetto permesso per la seguente motivazione:

Data

Il Responsabile della Struttura (o suo delegato)
 (timbro e firma)