

Al Direttore dell'U.O.C. Risorse Umane  
dell'A. O. "Ospedali Riuniti Villa Sofia -  
Cervello" Palermo

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_, dipendente di questa Azienda  
Ospedaliera, in servizio presso \_\_\_\_\_ del P.O.  
\_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_  
e numero di matricola \_\_\_\_\_, essendo beneficiari\_ dei 3 gg di permessi  
mensili retribuiti previsti dalla Legge n. 104/92, secondo quanto previsto  
dall'art. 38 (comma 2) "*Al fine di garantire la funzionalità degli uffici e la migliore  
organizzazione dell'attività amministrativa, **il dipendente**, che fruisce dei permessi di cui al  
comma 1, **predisporre**, di norma, **una programmazione mensile dei giorni in cui intende  
assentarsi, da comunicare all'inizio di ogni mese ovvero, in caso di orario di lavoro  
articolato in turni, in tempo utile per la predisposizione della turnistica per il mese di  
riferimento***", **comunica** la fruizione dei seguenti giorni:

- Giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

per assistere il sig./ra Sig./ra \_\_\_\_\_ nat\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ **residente** in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_, **domiciliato** a  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

(grado di parentela dell'assistito portatore di handicap grave con il dipendente)

Palermo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma del richiedente

\_\_\_\_\_  
Visto del Responsabile