

Al Direttore Generale
dell' Università degli Studi di Padova

**Permesso per l'espletamento di visite, terapie,
prestazioni specialistiche od esami diagnostici (art. 51 CCNL 19.04.2018)**

La/il sottoscritta/o _____ matricola n. _____ in
servizio presso _____ di questa Università, con
contratto di lavoro a tempo determinato indeterminato e con regime orario pari a n. _____ ore
settimanali

CHIEDE

(scegliere l'ipotesi che interessa)

di poter fruire di un permesso retribuito **su base oraria** ex art. 51, co. 3, CCNL, per
l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici (**senza
decurtazione** del trattamento economico accessorio prevista per le assenze di malattia nei primi
10 giorni), dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____ per un totale di ore _____
(comprehensive anche dei tempi di percorrenza da e per la sede di lavoro).

Si impegna a produrre l'attestazione, anche in ordine all'orario, redatta dal medico o dal personale
amministrativo della struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione.

di poter fruire di un permesso retribuito **su base giornaliera** ex art. 51, co. 5, CCNL, per
l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici (**con decurtazione**
del trattamento economico accessorio prevista per le assenze di malattia nei primi 10 giorni), per il
giorno _____ per un totale di ore _____ *

**(indicare la durata dell'orario tipico individuale della giornata per cui si chiede il permesso).*

Si impegna a produrre l'**attestazione**, anche in ordine all'orario, redatta dal medico o dal personale
amministrativo della struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione.

Luogo, data _____

Firma

Visto: Il Responsabile