

OGGETTO: Richiesta Congedo retribuito per visite ed esami

Io sottoscritto/a....., dipendente di codesta Spett. Società, presso la sede di, reparto/piano.....

CHIEDE

La concessione di un permesso retribuito per il giornodalla orealle ore per potersi sottoporre:

- Visite;
- Terapie;
- Esami diagnostici,

erogati da strutture pubbliche e/o private accreditate, non in regime di solvenza e previa valutazione della stessa da parte dell'Amministrazione.

La presente richiesta va inoltrata entro 2 giorni dalla prenotazione e comunque assicurando un preavviso non inferiore ai 7 giorni.

Il lavoratore si impegna a fornire a codesta Società idonea documentaze, idonea documentazione attestante l'esecuzione della relativa prestazione sanitaria, indicandone giorno e durata(dalla ore.....alle ore.....) rilasciata dalla struttura pubblica o privata accreditata.

Il lavoratore è consapevole che tale permesso orario, qualora concesso, non sarà riconosciuto ai fini dell' erogazione dell'indennità di cui all' art. 61 e all'art. 65 del CCNI (premio presenza, indennità di turno etc.). E altresì consapevole che in presenza di ferie o festività soppresse, non sarà concesso il permesso retribuito ma sarà imputato ai giorni di ferie e festività soppresse.

Il lavoratore

(Luogo e data)

.....

Per autorizzazione
Il coordinatore

Per autorizzazione l'A.U.