MOD. TSK 3

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Al Servizio per il Personale
Ufficio Gestione e organizzazione
SEDE

OGGETTO: **RICHIESTA DI REINTEGRAZIONE FERIE**

Si chiede che al/la dipendente_____ matricola |__|__|__|__|__|

assegnato/a al Servizio/Dipartimento _____

_____

siano reintegrati n. |__|__| giorni di ferie anno precedente
n. |__|__| giorni di ferie anno in corso
n. |__|__| giorni di recupero ad esaurimento

per:

► **RICHIAMO PER ESIGENZE DI SERVIZIO**

Motivazione _____

_____

dal giorno |__|__| |__|__| |__|__| al giorno |__|__| |__|__| |__|__|

► **MALATTIA**([1])

dal giorno |__|__| |__|__| |__|__| al giorno |__|__| |__|__| |__|__|

► **RICOVERO OSPEDALIERO DEL BAMBINO** ([2])

Cognome e nome del/la figlio/a _____

dal giorno |__|__| |__|__| |__|__| al giorno |__|__| |__|__| |__|__|

► **LUTTO**

Grado di parentela o affinità della persona per cui è stato chiesto il permesso

_____

dal giorno |__|__| |__|__| |__|__| al giorno |__|__| |__|__| |__|__|

Luogo e data _____

IL/LA DIRIGENTE *

_____

(1) le ferie sono sospese solo da malattie adeguatamente e debitamente documentate che si siano protratte per più di tre giorni o abbiano dato luogo a ricovero

(2) le ferie sono sospese in caso di ricovero ospedaliero del/la bambino/a fino agli 8 anni

* o responsabile della struttura organizzativa.