



ASL BT

PugliaSalute

DIREZIONE GENERALE ASL BT
Via Fornaci, 201 - 76123 Andria
tel. 0883.299.750
direzione.generale@aslbat.it
direzione.generale@mailcert.aslbat.it

ALLA DIREZIONE GENERALE
protocollo.aslbat@pec.rupar.puglia.it

ALLA DIREZIONE AREA
GESTIONE DEL PERSONALE

RICHIESTA CONCESSIONE ASPETTATIVA

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____,
residente a _____, in via _____, n. _____, dipendente di
ruolo a tempo (pieno o part-time) _____ di codesta Azienda con la
qualifica di _____, presso _____, matr. _____,
Tel. Interno/cell. _____, e-mail _____,

CHIEDE

Di usufruire di un periodo di aspettativa non retribuita spettante a norma di legge, per le seguenti motivazioni:

**SI ALLEGA DOCUMENTAZIONE UTILE AI FINI DELLA CONCESSIONE DELL'ASPETTATIVA
RICHIESTA COME PREVISTO DA REGOLAMENTO AZIENDALE IN MATERIA DI ASPETTATIVA
ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. _____ DEL _____**

La presente richiesta attiene al/ai seguente/i periodo/i:

- dal _____ al _____ gg. _____



Si comunica, inoltre, che il/la sottoscritto/a ha già usufruito dei seguenti periodi di aspettativa non retribuita:

- dal _____ al _____ gg. _____
- dal _____ al _____ gg. _____

o in alternativa:

Si comunica, inoltre, che il/la sottoscritto/a non ha mai usufruito di periodi di aspettativa non retribuita.

VISTO DEL RESPONSABILE:

Autorizzazione (nei casi previsti da regolamento)

- **SI AUTORIZZA (PRECISARE SE L'AUTORIZZAZIONE E' CONCESSA CON SOSTITUZIONE PREVIA, CONTESTUALE O SUCCESSIVA, O SENZA SOSTITUZIONE):**

- **NON SI AUTORIZZA PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI:**

Data, _____

Firma del Dipendente
