MODELLO DI FRUIZIONE DI PERMESSO SINDACALE

**Sigla Sindacale / sigle sindacali affiliate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(nell’accezione unitaria da frontespizio CCNL)

**Indirizzo, numero di telefono, fax, mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(non inserire per richieste da parte di componenti RSU)

# Spett.le Azienda USL Pescara:

-UOC Dinamiche del Personale

(fax 085/4253051 – Mail: paolo.difabrizio@ausl.pe.it

- Responsabile U.O

-Ufficio Rilevazione Presenze

 sede di

**OGGETTO**: **esercizio prerogative sindacali - comunicazione**.

Si informa che il/la Sig./Sig.ra, Dr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

(**spuntare la casella di interesse**)

* dirigente sindacale dell’O.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* componente RSU Comparto presso l’ASL Pescara;

dipendente di codesta Azienda con qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

sarà assente dal lavoro per l’intera/e giornata/e di oppure per il giorno dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore (\*) per:

(**contrassegnare la tipologia di permesso di interesse tra quelli di seguito elencati**)

1. Permesso sindacale retribuito per riunione di Organismi direttivi statutari (territoriali, regionali, nazionali, ecc), ai sensi dell’art. 11 CCNQ del 7.8.1998 (monte ore nazionale). Al riguardo si attesta che il Sig./Dr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_è componente dell’Organismo direttivo statutario e si allega copia della convocazione della riunione;
2. Permesso sindacale retribuito per espletamento mandato (monte ore amministrazione) ai sensi artt. 8-10 CCNQ del 7.8.1998;
3. Permesso sindacale retribuito per espletamento mandato RSU (monte ore amministrazione);
4. Permesso sindacale non retribuito ai sensi art. 12 CCNQ del 7.8.1998.

***Permessi Sindacali da Cumulo ex art 16, comma 6 CCNQ 04/12/2017***

(tale richiesta può essere effettuata previa verifica disponibilità ore nell’applicativo Gedap ex art 16, comma 6, CCNQ 04/12/2017):

1. Permesso sindacale da “cumulo” art. 10 CCNQ 04/12/2017;
2. Permesso sindacale da “cumulo” art. 13 CCNQ 04/12/2017;

**(\*)Ai fini GEDAP il sottoscritto Sig/Dr si riserva di comunicare all’Ufficio Dinamiche del Personale l’effettivo orario di fruizione del permesso sindacale qualora diverso da quello sopra indicato.**

**N.B.: Per l’Ufficio Rilevazione Presenze** si allega **copia della ricevuta del fax** di trasmissione del presente modello all’Ufficio Dinamiche del Personale

La presente comunicazione viene presentata ai fini delle rilevazioni GEDAP, di cui alle direttive del Dip.to della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e conformemente alle norme in materia.

Data \_

FIRMA DEL RAPPRESENTANTE SINDACALE **ovvero** FIRMA DEL COMPONENTE RSU

ACCREDITATO DELL’ ORGANIZZ .SINDACALE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_