

AL DIRETTORE GENERALE ASL PESCARA
DOTT. _____
AL DIRETTORE SANITARIO ASL PESCARA
DOTT. _____
AL DIRETTORE SANITARIO DEL P.O. DI PESCARA
DOTT. _____
AL DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE AREA
INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE
DOTT. _____
ALLA RESPONSABILE COORDINAMENTO SERVIZIO
INFERMIERISTICO OSPEDALIERO ASL PESCARA
DOTT.ssa _____
AI DIRIGENTE MEDICO _____ PO PESCARA
DOTT. _____
Al / Alla Coordinatore/trice Infermieristico UO _____ PO PESCARA
Sign/Signora _____
AI DIRIGENTE MEDICO UO _____ PO PESCARA
DOTT. _____
Al / Alla Coordinatore/trice Infermieristica _____ PO PESCARA
Sign/Signora _____

**Oggetto : Richiesta flessibilità oraria ai sensi della legge 08.03.2000 art. 9, dell' Art. 38
Legge 18 Giugno 2009 n. 69 e Interpello n°. 68 del 31.07.2009 e DL 25.01.10 n 5
Misure a sostegno della flessibilità di orario . Esonero dallo svolgimento di turni
di lavoro sovrapposti con il proprio coniuge.**

l_ sottoscritt _____ nat _____

il _____ a _____ ; residente a

_____, in via _____ n _____

CAP _____, Tel. _____ . In servizio presso il reparto / servizio di

_____ del P.O. / DSB di _____ con la
qualifica di _____ dal _____ .

☐ **Madre / Padre** del / della Bambin _____ nat_ il _____ di Nome _____
Cognome _____ età _____ ;

☐ **Madre / Padre** del / della Bambin _____ nat_ il _____ di Nome _____ ,
Cognome _____ età _____ ;

CHIEDE

☐ La concessione della la flessibilità oraria di 30 minuti ai sensi della legge 08.03.2000 art. 9, dell' Art. 38 Legge 18 Giugno 2009 n. 69 e Interpello n°. 68 del 31.07.2009 e DL 25.01.10 n 5
Misure a sostegno della flessibilità di orario ;

☐ L' Esonero dallo svolgimento di turni di lavoro sovrapposti con il proprio coniuge.

di Nome _____ cognome _____ **Madre /
Padre** di/dei minore/i.

Dipendente entrambi di questa azienda presso il Reparto / Servizio di _____
del P.O. / Distretto Sanit. di _____ con la qualifica di _____

_____, li _____

**Si allega autocertificazione dello stato di famiglia
Ai Sensi Della Legge 241/90 e successive modifiche**

Si chiede che tale richiesta venga accolta entro 7 giorni.

Firma

Si allega copia documento identità

AL DIRETTORE GENERALE ASL _____
 DOTT. _____
 AL DIRETTORE SANITARIO ASL _____
 DOTT. _____
 AL DIRETTORE SANITARIO DEL P.O./DSB _____
 DOTT. _____
 AL DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE AREA
 INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE
 DOTT. _____
 ALLA RESPONSABILE COORDINAMENTO SERVIZIO
 INFERMIERISTICO OSPEDALIERO ASL _____
 DOTT.ssa/Dott _____
 AI DIRIGENTE MEDICO _____ PO /DSB _____
 DOTT. _____
 Al / Alla Coordinatore/trice InfermieristicoUO _____ PO /DSB _____
 Sign/Signora _____
 AI DIRIGENTE MEDICO UO _____ PO /DSB _____
 DOTT. _____
 Al / Alla Coordinatore/trice Infermieristica _____
 PO /DSB _____
 Sign/Signora _____

Oggetto : Richiesta flessibilità oraria ai sensi della legge 08.03.2000 art. 9 ,dell' Art. 38
Legge 18 Giugno 2009 n. 69 e Interpello n°. 68 del 31.07.2009e DL 25.01.10 n 5
Misure a sostegno della flessibilità di orario .Esonero dallo svolgimento di turni
di lavoro sovrapposti con il proprio coniuge.

l_sottoscritt _____ nat _____

il _____ a _____ ; residente a

_____, in via _____ n _____

CAP _____, Tel. _____. In servizio presso il reparto / servizio di

_____ del P.O. / DSB di _____ con la
 qualifica di _____ dal _____.

☐ **Madre / Padre** del / della Bambin _____ nat_ il _____ di Nome _____
 Cognome _____ età _____ ;

☐ **Madre / Padre** del / della Bambin _____ nat_ il _____ di Nome _____ ,
 Cognome _____ età _____ ;

CHIEDE

☐ **La concessione della la flessibilità oraria di 30 minuti ai sensi della legge 08.03.2000 art. 9 ,dell' Art. 38**
Legge 18 Giugno 2009 n. 69 e Interpello n°. 68 del 31.07.2009e DL 25.01.10 n 5
Misure a sostegno della flessibilità di orario ;

☐ **L'Esonero dallo svolgimento di turni di lavoro sovrapposti con il proprio coniuge.**

di Nome _____ cognome _____ **Madre /**
Padre di/dei minore/i.

Dipendente entrambi di questa azienda presso il Reparto / Servizio di _____
 del P.O. / Distretto Sanit. di _____ con la qualifica di _____

_____, li _____

Si allega autocertificazione dello stato di famiglia
Ai Sensi Della Legge 241/90 e successive modifiche

Si chiede che tale richiesta venga accolta entro 7 giorni.

Firma

Si allega copia documento identità

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art.2 legge del 04 / 01 / 68 n 15 , modificato dall'art. 3 comma 10 legge n 127 del 15 / 05 / 97
e dalla legge n 403 del 20 / 10 / 98 , Art. 46 del DPR n. 445 / 2000)

I sottoscritt _____
nat _____ a _____ il _____ residente
a _____ in via _____

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di
dichiarazione mendace o comunque non corrispondenti al vero .

DICHIARA

- ☐ 1) di essere nat _____ a _____ il _____
☐ 2) di essere residente in _____ Via
_____ CAP _____ .

- ☐ 3) che il proprio stato di famiglia risulta così composto :

(cognome e nome)

(data e luogo di nascita)

(rapporto di parentela)

- 1) _____
2) _____
3) _____
4) _____
5) _____
6) _____
7) _____

_____ li _____

Il Dichiarante _____