



AL MAGNIFICO RETTORE
DIREZIONE RISORSE UMANE
U.O. RAPPORTI CON IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E NAZIONALE
SEDE

Il/la sottoscritto/a Dott/Dott.ssa _____
(in stampatello)

specializzando in _____

Matricola _____ dell' A.A. _____ Tel. _____
(indicare A.A. di immatricolazione)

c h i e d e di essere collocato in

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
(Inserire il codice) (Anno di competenza)

Oppure

- di essere giustificato/a avendo omesso una singola timbratura/timbrato
in modo errato in data ____ / ____ / ____, che la propria situazione venga
ripristinata con i dati sottoriportati:

Ent. ____ : ____ Usc. ____ : ____ Ent. ____ : ____ Usc. ____ : ____

Bari, li _____ Il/La richiedente _____

Nulla Osta o Visto del Direttore
della Scuola di Specializzazione
(timbro e firma) _____

CAUSALI DA UTILIZZARE PER I GIUSTIFICATIVI GIORNALIERI E ORARIO

CODICE DESCRIZIONE

08 * Assenza per malattia (L'assenza per malattia o la sua eventuale prosecuzione deve
.....essere comunicata all'inizio del turno al Coordinatore delle Scuola di appartenenza
.....— Allegare certificazione sanitaria)

29..... Badge magnetico inutilizzabile per avaria o furto (è necessario indicare l'orario
.....effettuato nei giorni in cui impossibilitato a timbrare)

50..... Dimenticanza del badge magnetico per l'intera giornata

55 * Missioni per partecipazione a corsi, convegni, seminari e formazione (allegare
.....attestato di partecipazione al corso o seminario o periodo di formazione,
.....debitamente autorizzati dalla Scuola di appartenenza)

90..... Riposo compensativo (solo per le ore eccedenti già preventivamente autorizzate
.....dal Direttore)

140..... Numero 30 giorni di Assenza Giustificata, ridotti a n. 26 giorni nel caso di opzione
.....per la settimana corta (art. 40 del DL.gs n. 368/99, art.40 VI co.)
.....(indicare l'anno di competenza di fruizione)
.....**DA FRUIRE NEL CORSO DELL'ANNO SOLARE ED ENTRO LA SCADENZA**
.....**DEL CONTRATTO ANNUALE DI FORMAZIONE**

— **per informazioni e/o trasmissione della documentazione:**

U.O. Rapporti con il Servizio Sanitario Regionale e Nazionale
Palazzo Ateneo, III piano – Piazza Umberto I n.1 – 70121 Bari
Tel 080/571.4916-4434-4463-4097
rapporti.sanita@uniba.it

ALLEGATI * _____

NOTE _____