



Regione Calabria  
**Azienda Sanitaria Provinciale**  
Via Vinicio Cortese, 25 - 88100 Catanzaro

Alla U.O. Relazioni Sindacali  
Fax. 0961/7033351  
[rel.sindacaliaspcz@libero.it](mailto:rel.sindacaliaspcz@libero.it)  
[relazionisindacali@asp.cz.it](mailto:relazionisindacali@asp.cz.it)

**Oggetto: richiesta di fruizione permesso sindacale retribuito.**

Il sottoscritto ..... C. F. ....

Matricola n. .... Categoria ..... in servizio presso ..... via .....

Città .....

in qualità di:

Il dirigente dell'O.S. ....

Il componente R.S.U.

Chiede di essere autorizzato ad usufruire di un permesso sindacale in data .....

Il orario dalle ore ..... alle ore ..... per un totale di ore ..... minuti .....

Il giornaliero per un totale di ore .....

Per:

espletamento mandato (art. 10 CCNQ 7.8.98)

partecipazione a riunione di organismo direttivo statutario (art. 11 CCNQ 7.8.98)

a tal fine si riserva di presentare attestazione dell'avvenuta partecipazione, da parte della propria O.S.

Firma del dipendente

.....

N.B. il modulo deve essere compilato in ogni sua parte, corredato da apposita autorizzazione della propria O.S. o del Coordinatore R.S.U. ed inviato almeno 2 giornate lavorative precedenti la fruizione del permesso.

Il sottoscritto ..... In qualità di Responsabile della U.O./Servizio ....., vista la richiesta di fruizione di permesso sindacale, tenuto conto che il comma 6 dell'art. 10 CCNQ 7.8.98 dispone che: *"Nell'utilizzo dei permessi sindacali deve comunque essere garantita la funzionalità dell'attività lavorativa della struttura o unità operativa – comunque denominata – di appartenenza del dipendente"*

**Dichiara**

che nulla osta alla fruizione del suddetto permesso sindacale

l'impossibilità di poter rilasciare nulla osta alla fruizione del suddetto permesso per la seguente motivazione: .....

Data .....

Il Responsabile della Struttura (o suo delegato)  
(timbro e firma)