

COMUNE DI MODUGNOProt. n. 4396

29 GEN. 2002

Al Sig. Dirigente del Settore

Comune di Modugno

SEDE

Modugno, 26/1/2002 at. 2002 Clas. 2002 Sottofasc. 2002

Oggetto: Richiesta / Comunicazione ferie / permesso.

Il /la sottoscritto/a D'Amico Rosa dipendente
del Comune di Modugno, ed in servizio presso Asilo Viole

Chiede

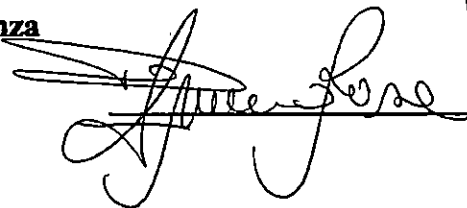
al Sig. Dirigente l'autorizzazione ad usufruire dal 31/1/02 al 1/2/02:

IN ACCONTO / SALDO A QUELLE SPETTANTI

- ☒ N. 2giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE
- ☐ N.giorno/i di FERIE ANNI PRECEDENTI
- ☐ N.giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE
- ☐ N.giorno/i di RIPOSO COMPENSATIVO
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO
- ☐ N.giorno/i - ora /e di PERMESSO PER STUDIO
- ☐ N.ora/e di PERMESSO BREVE DA RECUPERARE
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO SINDACALE ART. 10 - CCNQ DEL 5/9/98
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO SINDACALE ART. 11 - CCNQ DEL 5/9/98

NOTE

Con osservanza



VISTO PER NULLA OSTA:

L'ISTRUTTORE DIRETTIVO
SOCIO CULTURALE
Ins. Giulio Valentini

P. S. Barrare la/le casella/e che interessa.



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

Torw

LET064/ASSPER01

I° SETTORE SEGRETERIA - AA.GG. - PERSONALE - SISTEMI INFORMATICI
SERVIZIO PERSONALE

Prot.n

55

MODUGNO, 02.01.2002

Alla sig.ra D'Amico Rosa
piazza De Nicola n.14
70026 MODUGNO (BA)

e, p.c. Al DIRIGENTE VI° SETTORE

e, p.c. Al Responsabile dell'Asilo Nido
sig.ra Valentini Giulia

e, p.c. All'UFFICIO CONTABILITA' DEL PERSONALE

S E D E

OGGETTO: Costituzione rapporto di lavoro a tempo determinato
a tempo pieno di n. 1 Assistente all'Infanzia -
cat."C" (ex 6^aq.f.) - per la durata di trenta
giorni (gg.30).

Ho il piacere di comunicare che è stata disposta l'assunzione
della S.V. a tempo determinato a tempo pieno per un periodo di
trenta giorni (gg.30).

Pertanto La invito a presentarsi, alle ore 8,00 del giorno
07.01.2002, presso il VI Settore: Socio-Culturale di questo Ente,
dal Responsabile dell'Asilo nido, sig.ra Valentini Giulia, che le
darà le opportune disposizioni.

Il Responsabile, che legge per conoscenza, è invitato a far
pervenire nota dell'effettivo o mancato inizio del servizio.

L'assunzione in servizio è comunque condizionata, ai sensi del DPR
26.3.1980 n.327, artt.37 e 40, all'esibizione del "Libretto di
idoneità sanitaria".

Il Dirigente Inc. I Settore
d.ssa Beatrice Maggio

Posteitaliane

AFFRANCATURA
PAGATA

A.R.

avviso di ricevimento
o di riscossione

mod. 234

Da restituire a

Via

C.A.P.

Località

70026 MODUGNO (BA)

Provincia



COMUNE DI MODUGNO

PROVINCIA DI BARI

VI SETTORE SOCIO CULTURALE
SEZIONE ASILO NIDO

Prot.n. 01

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n. 000 1555	
11 GEN. 2002	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Sottofasc. _____

Al Responsabile I Settore

Ufficio Personale

SEDE

OGGETTO: Comunicazione

Si comunica che in data 07/01/2002, la Sig.na D'Amico Rosa ha prestato servizio presso l'Asilo Nido Comunale di Via Verdi, come Assistente all'Infanzia.
Tanto si comunica per gli adempimenti di competenza..



Il Responsabile
Ins. Giulia Valentini

L'ISTRUTTORE DIRETTIVO
SOCIO CULTURALE
Ins. Giulia Valentini

15/06/22

2251

Mod. OP4/2

INPS

ATTESTATO DI MALATTIA

(art. 2 D.L. 663/1979 e art. 15 L. 155/1981)

Da recapitare o trasmettere con raccomandata A.R.

a cura del lavoratore al datore di lavoro, entro due giorni dal rilascio.

PER IL DATORE DI LAVORO

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

N. 1614766251

RISERVATO AL MEDICO

COMUNE DI MODUGNO

Prot. n. 3867

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

25 GEN. 2002

PROGNOSI CLINICA A TUTTO IL
GIORNO MESE ANNO

23/01/02

DICHIARA DI ESSERE AMMALATO DAL
GIORNO MESE

23/01/02

Cat.

Glas.

Fasc.

Sottofasc.

DATA RILASCIO CERTIFICATO
GIORNO MESE ANNO

23/01/02

INIZIO

CONTINUAZIONE

RICADUTA

FIRMA DEL MEDICO

RISERVATO AL DATORE DI LAVORO

DATA DI SPEDIZIONE O PRESENTAZIONE DEL CERTIFICATO

000260090061

000260090061

DR. MASTANDREA A.

VIA G. DI VITTORIO 14/

MODUGNO

RISERVATO AL LAVORATORE

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA

(DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA)

INDIRIZZO
(via, piazza,
località, ecc.)NOMINATIVO INDICATO
PRESSO L'ABITAZIONE
(se diverso dal proprio)

C.A.P.

COMUNE

PROV.

DATI ANAGRAFICI (DA COMPILARE SEMPRE)

ISTRUTTORE DIRETTIVO

SOCIETÀ CULTURALE

Ins. Guido Valentini

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

DATA NASCITA

GIORNO

MESE

ANNO

COMUNE
NASCITA
O STATO
ESTERO

PROV.



QUADRO A

AVVERTENZE

Il presente certificato è utilizzabile solo per aventi diritto alle indennità economiche di malattia a carico dell'INPS e cioè, in linea di massima, tutti i dipendenti del **settore privato**, esclusi gli impiegati dell'industria, gli addetti ai servizi domestici, i dipendenti del settore del credito, dell'assicurazione e dei servizi tributari appaltati, nonché altre "categorie particolari". Alcuni settori professionali sono indicati nel "QUADRO C" esclusivamente per individuare non aventi diritto alle indennità, che per errore abbiano trasmesso all'INPS il certificato.

Al lavoratore che non indichi il proprio esatto recapito durante la malattia non può essere corrisposta l'indennità di malattia fino a quando le omissioni, le incompletezze o le inesattezze non siano state sanate. La stessa conseguenza si verifica nel caso in cui il lavoratore non abbia segnalato al datore di lavoro le variazioni dell'indirizzo a suo tempo comunicatogli. La presentazione o l'invio del certificato e dell'attestato oltre i due giorni previsti comporta la perdita dell'indennità di malattia per i giorni di ritardo. L'assenza ingiustificata e la mancata presentazione ai controlli sanitari comportano la perdita dell'indennità, variabile a seconda del numero delle assenze.

TURNO

Segnalare al medico la propria condizione di «turnista» solo nel caso in cui la data dichiarata di inizio di malattia coincida con quella del particolare «turno» assegnato al lavoratore.

CONTINUAZIONE DI MALATTIA

Se la malattia continua dopo la scadenza della prognosi indicata sul certificato, la nuova certificazione del medico curante deve essere rilasciata non oltre il giorno successivo alla scadenza del precedente certificato.

FASCE ORARIE DI REPERIBILITÀ

Il lavoratore ammalato deve, per legge, restare a disposizione per eventuali controlli sanitari domiciliari tutti i giorni, compresi i festivi, dalle ore 10 alle 12 e dalle ore 17 alle 19. Ciò anche se sia già avvenuto un controllo da parte dell'INPS o della USL e anche se il medico curante abbia dato diversa indicazione.

SPEDIZIONE E CONSEGNA

Il certificato e l'attestato vanno consegnati o trasmessi con raccomandata con ricevuta di ritorno, rispettivamente all'INPS competente per residenza (luogo di abituale dimora) del lavoratore stesso e al datore di lavoro, entro due giorni dal rilascio.

FIRMA DEL CERTIFICATO

La firma, delle dichiarazioni rese sul modulo, vale anche per il consenso o meno, ai sensi della Legge 675/96, art.10, per il trattamento e comunicazione a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e di archiviazione dei dati relativi alla presente malattia ai fini della liquidazione e gestione della pratica. Si fa comunque rilevare che il mancato consenso, cioè se viene sbarata la casella "NON AUTORIZZO", potrebbe comportare difficoltà o impossibilità di erogazione dell'indennità di malattia.

I dati di reperibilità e anagrafici, scritti sul certificato, sono trasferiti a ricalco sull'attestato di malattia, realizzato con carta autocopiante. Si raccomanda pertanto la perfetta sovrapposizione dei due fogli nel compilare la prima facciata del certificato e la loro separazione prima della compilazione della seconda.

MODALITÀ DI COMPILAZIONE

Il modulo è predisposto per la lettura automatica, per cui è necessario: ● Usare penna biro con inchiostro nero o blu. ● Per la spedizione all'INPS piegare una sola volta il certificato. ● Scrivere in carattere stampatello maiuscolo. ● Utilizzare una casella per ogni carattere, evitando di invadere i bordi. ● Evitare correzioni o cancellature e non ripassare caratteri già scritti. ● Non utilizzare apostrofi, accenti, barre, trattini, virgole.

L'esempio «Sì» indica una compilazione corretta, l'esempio «No» indica una compilazione da evitare.

INDIRIZZO	SÌ V I A F . D E S A N C T I S 	NUMERO CIVICO	1 0 3 / B	LAVORATORE STAGIONALE	☒ oppure ☐	Sì
INDIRIZZO	NO P I A V I A F . D E S A N C T I S 	NUMERO CIVICO	1 0 3 / B	LAVORATORE STAGIONALE	☐ oppure ☒	No

N.B. Per tutti gli indirizzi specificare se trattasi di "via", "piazza", "vicolo", ecc. e aggiungere l'eventuale "frazione", "borgo", "contrada", ecc.

QUADRO A

Reperibilità durante la malattia - Da compilare solo nel caso in cui:

- il lavoratore abbia un temporaneo recapito, diverso dal proprio domicilio;
- occorra precisare il nominativo, differente dal proprio, riportato sul campanello, citofono, ecc. dell'abitazione;
- occorran ulteriori elementi per identificare l'abitazione (per mancanza, ad esempio, di numero civico, ecc.);
- il cambiamento dell'indirizzo abituale non sia stato ancora comunicato al datore di lavoro.

Dati anagrafici e residenza - Da compilare sempre.

QUADRO B - Da compilare sempre, a cura del lavoratore.

QUADRO C - Da compilare sempre e sottoscrivere.

Per consentire il corretto pagamento dell'indennità di malattia contrassegnare le caselle del settore e della qualifica di appartenenza.

Per le "Categorie Particolari" barrare la casella se trattasi di:

Apprendisti; Lav. domestici; Viaggiatori e Piazzisti; Portieri; Dipendenti da partiti politici e associazioni sindacali; Dipendenti Pubblica Amministrazione.

Contrassegnare anche la casella della categoria in caso di richiesta di pagamento diretto a cura dell'INPS.

Compilare altresì l'ultima parte del quadro nel caso in cui lo stato di malattia sia stato causato da terzi (incidente stradale, ecc.) o da infortunio sul lavoro o malattia professionale.