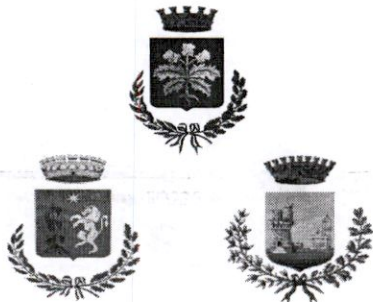




AMBITO TERRITORIALE SOCIALE BA 10
Comuni di MODUGNO BITETTO BITRITTO

Ufficio di Piano - Comune di Modugno
Viale della Repubblica n.48 cap. 70026
Tel: 080 5865440/3/5/6
Pec: ambitosocialeba10.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it

Prot. N. 4093

Modugno, 26/01/2016

All' Ufficio del Personale del Comune di Modugno
SEDE

e p.c. *alla Dott.ssa Maria Antonietta Florio*

alla Dott.ssa Antonella Lenoci

Oggetto: autorizzazione dipendenti Maria Antonietta Florio e Antonella Lenoci per il giorno 27 gennaio 2016.

Con la presente si autorizzano le dipendenti indicate in oggetto, impiegate presso l'Ufficio di Piano a recarsi mercoledì 27/01/2016 presso la sede della Regione Puglia Assessorato al Welfare, Via Gentile – Bari giusta convocazione, trasmessa a mezzo pec il 21/01/2016 e acquisita agli atti il 22/01/2016 prot. 3339, per un incontro, che si terrà dalle ore 9:30 alle 14:30, di carattere tecnico e informativo-formativo in merito all'iter procedimentale dell'intervento “Buoni Servizio minori-2015”.

Inoltre si autorizzano le dipendenti all'uso dell'automezzo di proprietà del Comune di Modugno.

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DI PIANO

Dott. Arturo Carone

Stampa obliqua: "S. A. DELL' UFFICIO DI PIANO" e "UFFICIO DI PIANO - COMUNE DI MODUGNO - VIA DELLA REPUBBLICA, 48 - 70026 MODUGNO (BA) - TEL. 080 5865440/3/5/6 - PEC: ambitosocialeba10.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it"

29 GEN. 2016
Al senal della Legge 241/90 al nomina
Il Responsabile del Procedimento

[Handwritten signature]



Codice amministrazione: C_F262
Prot. Generale n: 0003633 A
Data: 28/01/2015 Ora: 13.11
Classificazione:

Modugno 27/01/2015

La sottoscritta Antonella Lenoci, dipendente a tempo determinato dal 20/11/2014 al 19/11/2015 ed impiegata presso l'Ufficio di Piano dichiara che è variato il proprio indirizzo di residenza e che adesso è il seguente:

Via Luigi Settembrini n° 50

Canosa di Puglia (Bt)

Cordialità,

Dott.ssa Antonella Lenoci

COMUNE DI MODUGNO
MODUGNO



Codice amministrazione: C_F262
Prot. Generale n: 0003633 A
Data: 28/01/2015 Ora: 13.11
Classificazione:

Modugno 27/01/2015

La sottoscritta Antonella Lenoci, dipendente a tempo determinato dal 20/11/2014 al 19/11/2015 ed impiegata presso l'Ufficio di Piano dichiara che è variato il proprio indirizzo di residenza e che adesso è il seguente:

Via Luigi Settembrini n° 50

Canosa di Puglia (Bt)

Cordialità,

Dott.ssa Antonella Lenoci



CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C_F262
PROTOCOLLO GENERALE

Prot. 0060656
del 29/12/2014



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO _____ - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: RIPOSO COMPENSATIVO

Il/la sottoscritto/a LENOCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 24/12/2014 al _____

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO _____
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo _____
- ☐ N.....giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO _____
- ☐ N.....ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998 _____
- ☐ N.....ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) 2 h e 10 min
- ☐ N.....giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto, salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art.32 co.3 D.lgs.151/2001.

NOTE _____

IL DIPENDENTE

Antonella Lenoci

VISTO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 24/12/2014

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO UDP - DOTT. ARTURO CARONE

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE

Il/la sottoscritto/a LENOCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito da/il 31/12/2014 e il 2/01/2015:

☒ N. 2giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE 31/12/2014 e 2/01/2015

☐ N.giorno/i di FERIE ANNO

☐ N.giorno/i di FERIE ANNO

☐ N.giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE

☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari

☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto

☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami

☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento

☐ N.ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo

☐ N.giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI

☐ N.giorno/i - ora/e di SCIOPERO

☐ N.ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998

☐ N.ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)

☐ N.giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto,
salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art.32 co.3 D.lgs.151/2001.

NOTE LA SOTTOSCRITTA È STATA IMPOSSIBILITATA A RAGGIUNGERE LA SEDE A
CAUSA DELLA NEVE E IN ASSENZA DI ADEGUATO MEZZO DI TRASPORTO
PUBBLICO E PRIVATO
IL DIPENDENTE

VISTO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Antonella Lenoci

[Signature]

Modugno, 5/01/2015

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.



CITTA' DI MODUGNO

(Provincia di Bari)

SERVIZIO PIANO DI ZONA - VIA X MARZO, 59

Handwritten signature in red ink

FOGLIO FIRMA PRESENZE - MESE DI: **NOVEMBRE 2014**

DIPENDENTE **ANTONELLA LENSOCI**

data	giorno	entrata	uscita	entrata	uscita	entrata	uscita	Firma del Dipendente	Firma del Responsabile
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20	GIOVEDI	8,30	14,30	15,00	17,00	17,10	18,10	Antonella Lensoci	<i>Signature</i>
21	VENERDI	8,40	15,03					Antonella Lensoci	<i>Signature</i>
22	/								
23	/								
24	VENERDI	8,40	14,40					Antonella Lensoci	<i>Signature</i>
25	MARTEDI	8:30	14:30	15:00	18:45			Antonella Lensoci	<i>Signature</i>
26	MERCOLEDI	8:40	16:05					Antonella Lensoci	<i>Signature</i>
27	GIOVEDI	8:35	14:00	14:30	18:05			Antonella Lensoci	<i>Signature</i>
28	VENERDI	8:40	14:51					Antonella Lensoci	<i>Signature</i>
29	/								
30	/								
31	/								

data **02.12.2014**

Il Responsabile del Servizio

DOTT. CARONE ARTURO

Handwritten signature of Arturo Carone

note:



CITTÀ DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 65386 del 15/12/2017

CITTÀ DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO IS - ARTURO CARONE

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE

Il/la sottoscritto/a ANTONELLA LENOCI dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 15/12/2017 al 20/12/2017 e 29/12

☒ N. 5 giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE 15/18/19/20 e 29 dicembre

☐ N.giorno/i di FERIE ANNO

☐ N.giorno/i di FERIE ANNO

☐ N.giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE

☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari

☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto

☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami

☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento

☐ N.ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo

☐ N.giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI

☐ N.giorno/i - ora/e di SCIOPERO

☐ N.ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998

☐ N.ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)

☐ N.giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto, salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art.32 co.3 D.lgs.151/2001.

NOTE

IL DIPENDENTE

Antonella Lenoci

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Non si autorizza per esigenze di servizio

Arturo Carone

Modugno,

Zimbra

s.rezza@comune.modugno.ba.it

**Re: Incontro pubblico Reddito di Inclusione****Da :** Arturo Carone <a.carone@comune.modugno.ba.it>

gio, 14 dic 2017, 12:49

Oggetto : Re: Incontro pubblico Reddito di Inclusione 1 allegato**A :** Serafino Rezza <s.rezza@comune.modugno.ba.it>**Cc :** Stefania Melpignano <s.melpignano@comune.modugno.ba.it>, Rosa Scardigno <r.scardigno@comune.modugno.ba.it>, Maria Battista <m.battista@comune.modugno.ba.it>, Daniela Gissi <d.gissi@comune.modugno.ba.it>, Stella Nicassio <s.nicassio@comune.modugno.ba.it>, Anastasia Barra <a.barra@comune.modugno.ba.it>, Fulvio Pasquale Gesmundo <f.gesmundo@comune.modugno.ba.it>, Sofia Ranieri Dellino <s.ranieridellino@comune.modugno.ba.it>, Raissa De Fazio <r.defazio@comune.modugno.ba.it>, Posa, Francesca <f.posa@comune.modugno.ba.it>, Rosa Damico <r.damico@comune.modugno.ba.it>, Di Ronzo, Marisa <f.dironzo@comune.modugno.ba.it>, Vito Maggio <v.maggio@comune.modugno.ba.it>, a lenoci <a.lenoci@comune.modugno.ba.it>, i vitulli <i.vitulli@comune.modugno.ba.it>, Riccardo Barbone <r.barbone@comune.modugno.ba.it>, Maria Antonietta Florio <m.florio@comune.modugno.ba.it>

sentita, si autorizza la Dott.sa Lenoci ad anticipare il rientro di martedì 19 a lunedì 18 così da partecipare all'incontro

e, se del caso, inserire il suo nominativo nell'ipotetica scaletta degli interventi.

Da: "Rosa Scardigno" <r.scardigno@comune.modugno.ba.it>**A:** "Maria Battista" <m.battista@comune.modugno.ba.it>, "Stefania Melpignano" <s.melpignano@comune.modugno.ba.it>, "Daniela Gissi" <d.gissi@comune.modugno.ba.it>, "Stella Nicassio" <s.nicassio@comune.modugno.ba.it>, "Dott.ssa Barra" <a.barra@comune.modugno.ba.it>, "Sofia Ranieri Dellino" <s.ranieridellino@comune.modugno.ba.it>, "Raissa De Fazio" <r.defazio@comune.modugno.ba.it>, "Francesca Posa" <f.posa@comune.modugno.ba.it>, "Rosa D'Amico" <r.damico@comune.modugno.ba.it>, "Marisa Di Ronzo" <f.dironzo@comune.modugno.ba.it>, "Vito Maggio" <v.maggio@comune.modugno.ba.it>, "a lenoci" <a.lenoci@comune.modugno.ba.it>, "i vitulli" <i.vitulli@comune.modugno.ba.it>, "r barbone" <r.barbone@comune.modugno.ba.it>, "Maria Antonietta Florio" <m.florio@comune.modugno.ba.it>**Cc:** "Fulvio Pasquale Gesmundo" <f.gesmundo@comune.modugno.ba.it>, "a carone" <a.carone@comune.modugno.ba.it>**Inviato:** Giovedì, 14 dicembre 2017 10:05:32**Oggetto:** Incontro pubblico Reddito di Inclusione

Gent.me e Gent.mi,

lunedì 18 dicembre alle ore 16.00 presso la sala Beatrice Romita (Palazzo Vigili Urbani) si terrà un incontro con i nostri cittadini per illustrare gli elementi salienti - criteri, modalità di accesso, ecc. - della misura REI. Oltre ad invitare ciascuno di voi, vi chiederei di divulgare l'informazione il più possibile presso tutti i cittadini interessati.

Sto predisponendo una locandina per rendere più efficace la divulgazione dell'informazione, appena disponibile sarà mia premura inviarvela.

Cordiali saluti,



CITTÀ DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 63564 del 05/12/2017

- 5 DIC. 2017

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO

IS - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione:

Il/la sottoscritto/a LENOCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il

27/12 + 28/12 + 21/12 + 22/12 + 2/01/2018

- ☒ N. 5 giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE
- ☐ N.giorno/i di FERIE ANNO
- ☐ N.giorno/i di FERIE ANNO
- ☐ N.giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento
- ☐ N.ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo
- ☐ N.giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI
- ☐ N.giorno/i - ora/e di SCIOPERO
- ☐ N.ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998
- ☐ N.ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N.giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto, salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art. 32 co. 3 D.lgs. 151/2001.

NOTE

IL DIPENDENTE

Antonella Leno

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno,

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.

Attestato di nascita
n. 101/100 di nascita
il 10 gennaio 1917
D'Arborea

[Signature]

5 DIC. 2017

2

Attestato di nascita
n. 101/100 di nascita
il 10 gennaio 1917
D'Arborea



T.D.

CITTÀ DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 61804 del 27/11/2017

27 NOV. 2017
*cx*CITTÀ DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)Al RESPONSABILE SERVIZIO 15 - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIEIl/la sottoscritto/a LENOCI ANTONZELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 27/11/2017 al 28/11/2017☒ 3 giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE 27/28/29 / 11 / 2017☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo☐ N.....giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO☐ N.....ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998☐ N.....ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)☐ N.....giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto, salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art.32 co.3 D.lgs.151/2001.

NOTE

IL DIPENDENTE



VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Modugno, 24/11/2017

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.

ATTI
LENOCI

Zimbra

s.rezza@comune.modugno.ba.it

comunicazione mancata timbratura

Da : Arturo Carone <a.carone@comune.modugno.ba.it>

mar, 31 ott 2017, 14:32

Oggetto : comunicazione mancata timbratura**A :** Serafino Rezza <s.rezza@comune.modugno.ba.it>

si comunica che in data MERCOLEDì 25 ottobre il sottoscritto e la collega Lenoci Antonella non hanno potuto marcare l'uscita alle ore 15 in quanto impegnati in CdS presso sede Regione Puglia fuori dal Comune di Modugno.
cordialità

--

Responsabile dell'Ufficio di Piano
Comune di Modugno
tel.0805865446

Trasmissione via mail
Ex art.38 DPR 445/00 e art.47 D.Lgs.82/05



CITTA' DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 55329 del 24/10/2010

CITTA' DI MODUGNO

(PROVINCIA DI BARI)

26 OTT. 2017

Al RESPONSABILE SERVIZIO

15 - Ufficio di Piano

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE

Il/la sottoscritto/a LENOCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 30/10/2017 al 16/11/2017

- ☒ N. 13 giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE
- ☐ N. giorno/i di FERIE ANNO
- ☐ N. giorno/i di FERIE ANNO
- ☐ N. giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE
- ☐ N. giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari
- ☐ N. giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto
- ☐ N. giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami
- ☐ N. giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento
- ☐ N. ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo
- ☐ N. giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI
- ☐ N. giorno/i - ora/e di SCIOPERO
- ☐ N. ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998
- ☒ N. 125 ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N. giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto, salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art. 32 co. 3 D.lgs. 151/2001.

NOTE Riposo compensativo il giorno 24/10/2017

IL DIPENDENTE

Antonella Lenoci



VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 23/10/2017

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.

Al sensi dell' art. 241/60 si nomina
il Responsabile del Procedimento
Dott. Grossi

26 OTT. 2017

[Handwritten signature]





CITTÀ DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 51098 del 06/10/2017

05/10/2017
th

CITTA' DI MODUGNO

(Provincia di Bari)

Al Responsabile Servizio S - UFFICIO DI PIANO

Sede

Prot.

Modugno, 4/10/2017

OGGETTO: Comunicazione di mancata/e timbratura/e.

La/Il sottoscritta/o LENOCI ANTONELLA in servizio presso

UFFICIO DI PIANO con la presente dichiarazione attesta

di NON aver potuto effettuare la propria presenza, con il "BADGE" magnetico marcatempo in possesso nel/nei giorno/i sotto specificato/i e di aver effettuato la propria prestazione di lavoro con il seguente orario. (nelle NOTE specificare se ordinario / straordinario):

Giorno 4/09/2017 Entrata 08:30 Uscita 14:50 Entrata 15:20 Uscita 18:30

Giorno 22/09/2017 Entrata 08:30 Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

NOTE: _____

IL MOTIVO DELLA MANCATA TIMBRATURA E' DOVUTO DA:

- ☒ Errore materiale il giorno 22/09/
- ☐ Perdita momentanea e/o definitiva del badge marcatempo _____
- ☐ Smagnetizzazione del badge marcatempo _____
- ☒ Lavoro effettuato fuori sede per motivi di servizio CONVENE DI BIRITTO + FIERA
- ☐ Dimenticanza del badge marcatempo presso la propria abitazione _____

Il Dipendente

Antonella Lenoci

Visto

Il Segretario Generale / Responsabile del Servizio

[Signature]

Al sensi della Legge 241/90 si certifica
il Responsabile del Procedimento

REZZA

2017



05/10/2017
De



CITTA' DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 52078 del 06/10/2017

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO IS - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: LENOCI - Riposo Compensativo

Il/la sottoscritto/a LENOCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il MARTEDI 12 settembre al + giovedi 21 settembre

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO _____
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo _____
- ☐ N.....giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO _____
- ☐ N.....ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998 _____
- ☒ N. 1,20 ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N.....giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto, salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art.32 co.3 D.lgs.151/2001.

NOTE _____

IL DIPENDENTE

Antonella Lenoci

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 4/10/2017

Al sensi della Legge 241/90 si nomina

Il Responsabile del Procedimento

REZZA

10 OTT. 2017.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'R' followed by a vertical stroke and a small hook at the bottom.



CITTÀ DI MODUGNO

Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 50379 del 28/09/2017



3/10/2017
Ph

CITTÀ DI MODUGNO

(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO 15 - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE + RIPOSO COMPENSATIVO

Al/la sottoscritt/a LE SOCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 28 e 29 Settembre + 2-3-4 ottobre

☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE

☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO

☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO

☒ N 4.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE

☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari

☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto

☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami

☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento

☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo

☐ N.....giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI

☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO

☐ N.....ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998

☒ N 6.....ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)

☐ N.....giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto, salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art.32 co.3 D.lgs.151/2001.

NOTE maggio 2017

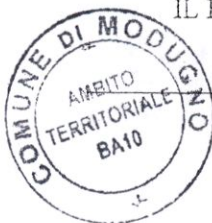
IL DIPENDENTE

Antonella

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Stefano



Modugno,

Al sensi della Legge 241/90 si nomina

il Responsabile del Procedimento

Rezza

10 OTT. 2017

[Handwritten signature]





CITTÀ DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 45195 del 01/09/2017

- 4 SET. 2017

C4

CITTA' DI MODUGNO

(Città Metropolitana di Bari)

Al RESPONSABILE SERVIZIO UDB - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: RIPOSO COMPENSATIVO

Il/la sottoscritto/a LENOCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 1/09/2017 al _____:

- ☐ N.....giorno/i di **FERIE ANNO CORRENTE** _____
- ☐ N.....giorno/i di **FESTIVITA' SOPPRESSE** _____
- ☐ N.....giorno/i di **FERIE ANNO PRECEDENTE** _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** motivi personali e famigliari _____
- ☐ N.....giorno di **PERMESSO RETRIBUITO** per donazione sangue _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per studio (150ore), concorsi, esami universitari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per missione _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di **PERMESSO BREVE** da recuperare entro il mese successivo _____
- ☒ N. 6 ora/e di **RIPOSO COMPENSATIVO** per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **SCIOPERO** _____

NOTE Maggio 2017

IL DIPENDENTE

A. S. S. S. S. S.

Modugno, 31/7/2017

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Il Responsabile dei
SERVIZI SOCIALI
Dott. Fabio Pasquale GESMUNDO

Al sensi della Legge 241/90 si nomina

Il Responsabile del Procedimento

DIATIBROSIO

- 4 SET. 2017

A handwritten signature in blue ink, consisting of several stylized, overlapping loops and a long horizontal stroke at the bottom.



CITTA' DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO
N. 37581 del 18/07/2017

CITTA' DI MODUGNO

(Città Metropolitana di Bari)

17 LUG 2017

AI RESPONSABILE SERVIZIO IS - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE + Riposo compensativo

Ha sottoscritto/a LENORI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 17/07/2017- al 31/07 + 1/08 + dal 14/08 al 25/08

- ☒ N. 20 giorno/i di **FERIE ANNO CORRENTE**
- ☐ N.....giorno/i di **FESTIVITA' SOPPRESSE**
- ☒ N. 2 giorno/i di **FERIE ANNO PRECEDENTE**
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** motivi personali e famigliari
- ☐ N.....giorno di **PERMESSO RETRIBUITO** per donazione sangue
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** grave infermità / lutto
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per studio (150 ore), concorsi, esami universitari
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per missione
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per corso di aggiornamento
- ☐ N.....ora/e di **PERMESSO BREVE** da recuperare entro il mese successivo
- ☒ N. 1 ora/e di **RIPOSO COMPENSATIVO** per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **SCIOPERO**

NOTE Maggio 2017 - 30 minuti martedì 14/07 + 30 minuti giovedì 13/07

IL DIPENDENTE

[Signature]

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO



[Signature]

Modugno, 13/07/2017

Al sensi della Legge 241/90 si nomina
il Responsabile del Procedimento

SyTBROSA

17 LUG. 2017

[Signature]



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)



CITTA' DI MODUGNO
Ufficio di Piano

N. 38207/19 07 2017

19 LUG. 2017

Al RESPONSABILE SERVIZIO IS - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: 1 ora di riposo compensativo

Il/la sottoscritto/a LENORA ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 18/07/2017 al _____:

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE _____
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO PRECEDENTE _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO motivi personali e famigliari _____
- ☐ N.....giorno di PERMESSO RETRIBUITO per donazione sangue _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio (150 ore), concorsi, esami universitari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo _____
- ☒ N. 1 ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO _____

NOTE agosto 2017

IL DIPENDENTE

Antonella Lenora

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 18/07/2017

Al sensi della Legge 241/90 si nomina

il Responsabile del Procedimento

D'AMBROSIO

19 LUG. 2017

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'M' or 'H' shape.



CITTÀ DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 35810 del 07/07/2017

CITTÀ DI MODUGNO

(Città Metropolitana di Bari)

10 LUG. 2017

W

Al RESPONSABILE SERVIZIO 15 - DOT. A. CARONE

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: PERMESSO RETRIBUITO

Il/la sottoscritto/a ANTONEUA LENOCI dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso Ufficio di Piano

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il ✓ al 06/07/2017:

☐ N.....giorno/i di **FERIE ANNO CORRENTE** _____

☐ N.....giorno/i di **FESTIVITA' SOPPRESSE** _____

☐ N.....giorno/i di **FERIE ANNO PRECEDENTE** _____

☒ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** motivi personali e famigliari (vedi allegato)

☐ N.....giorno di **PERMESSO RETRIBUITO** per donazione sangue _____

☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** grave infermità / lutto _____

☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per studio (150ore), concorsi, esami universitari _____

☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per missione _____

☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per corso di aggiornamento _____

☐ N.....ora/e di **PERMESSO BREVE** da recuperare entro il mese successivo _____

☐ N.....ora/e di **RIPOSO COMPENSATIVO** per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)

☐ N.....giorno/i - ora/e di **SCIOPERO** _____

NOTE _____

1 Allegato: Certificato Medico

IL DIPENDENTE

ASelle Anna

VISTO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno,

07/07/2017



N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.

Al sensi della Legge 241/90 si nomina
il Responsabile del Procedimento

DIATIBROSIO

10 LUG. 2017

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'M' followed by a vertical line and a small flourish.

10 LUG. 2017

REGIONE PUGLIA

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE BAT

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N°3 Canosa di P.

Si certifica che il sig. Luigi Antonello in data 06.07.2017 è stato

sottoposto a visita specialistica.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

In fede

A.U.S.L. BAT/ Regione Puglia
Distretto Socio Sanitario n. 3
SPECIALISTA IN OCULISTICA
COD. REG. 531060
DOTT. GIUSEPPE PACE

Canosa di P. 06.07.2017



CITTÀ DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 32931 del 23/06/2017



23 GIU. 2017

3

CITTÀ DI MODUGNO

(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 15 - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE e Riposo Compensativo

Il/la sottoscritto/a LENZI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 16/06/2017 al _____:

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE _____
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE _____
- ☐ N. 1 giorno/i di FERIE ANNO PRECEDENTE _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO motivi personali e famigliari _____
- ☐ N.....giorno di PERMESSO RETRIBUITO per donazione sangue _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio (150 ore), concorsi, esami universitari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo _____
- ☒ N. 3 ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO _____

NOTE

il giorno 21/06/2017 dalle 08:30 alle ore 10:00
22/06/2017 dalle 17:30 alle ore 19:00

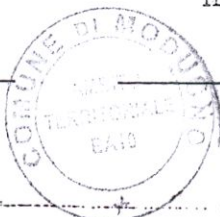
IL DIPENDENTE

[Signature]

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]



Modugno,

Al sensi della Legge 241/99 si nomina
il Responsabile del Procedimento
D. Ambrosio

23 GIU 2017





CITTÀ DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 32931 del 23/06/2017



23 GIU. 2017

OK

CITTA' DI MODUGNO

(Provincia di Bari)

Al Responsabile Servizio IS - UDP

Sede

Prot.

Modugno, _____

OGGETTO: Comunicazione di mancata/e timbratura/e.

La/Il sottoscritta/o LENORA ANTONELLA in servizio presso UFFICIO DI PIANO con la presente dichiarazione attesta di **NON** aver potuto effettuare la propria presenza, con il "BADGE" magnetico marcatempo in possesso nel/nei giorno/i sotto specificato/i e di aver effettuato la propria prestazione di lavoro con il seguente orario. (nelle NOTE specificare se ordinario / straordinario):

Giorno 21/06/2017 Entrata 10:00 Uscita 14:30 Entrata _____ Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

NOTE: _____

IL MOTIVO DELLA MANCATA TIMBRATURA E' DOVUTO DA:

- ☐ Errore materiale _____
- ☐ Perdita momentanea e/o definitiva del badge marcatempo _____
- ☐ Smagnetizzazione del badge marcatempo _____
- ☒ Lavoro effettuato fuori sede per motivi di servizio PREFETTURA DI BARI
- ☐ Dimenticanza del badge marcatempo presso la propria abitazione _____

Il Dipendente

Welle Anna

Visto

Il Segretario Generale / Responsabile del Servizio



N.B. Dopo il visto, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti

Alcuni della Legge 21/90 si occupano
il Responsabile del Procedimento

D'ATIBOOP

23 GIU 2017





CITTA' DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 30091 del 09/06/2017

CITTA' DI MODUGNO

(PROVINCIA DI BARI)

12 GIU. 2017

MX

AI RESPONSABILE SERVIZIO IS - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE

Per la sottoscritto/a LENOCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 7/06/2017 al _____:

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE _____
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE _____
- ☒ N.1.....giorno/i di FERIE ANNO PRECEDENTE _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO motivi personali e famigliari _____
- ☐ N.....giorno/i di PERMESSO RETRIBUITO per donazione sangue _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio (150ore), concorsi, esami universitari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo _____
- ☐ N.....ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO _____

NOTE Si specifica l'assenza da nella giornata DELL'OTTO giugno
delle ore 9:56 alle ore 14:07 il servizio è stato svolto
presso l'INPS e l'ANCI

IL DIPENDENTE

Antonella Lenoci

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

ottaviano

Modugno,

09/06/2017

Al sensi della Legge 241/90 si nomina
il Responsabile del Procedimento
S. A. N. 3/2030

12 GIU. 2017





CITTÀ DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 28140 del 30/05/2017

31 MAG. 2017

CITTA' DI MODUGNO

(Provincia di Bari)

Al Responsabile Servizio IS - UDP

Sede

Prot.

Modugno, 29/05/2017

OGGETTO: Comunicazione di mancata/e timbratura/e.

La/Il sottoscritta/o LENOCI ANTONELLA in servizio presso

UFFICIO DI PIANO

con la presente dichiarazione attesta

di NON aver potuto effettuare la propria presenza, con il "BADGE" magnetico marcatempo in possesso nel/nei giorno/i sotto specificato/i e di aver effettuato la propria prestazione di lavoro con il seguente orario. (nelle NOTE specificare se ordinario / straordinario):

Giorno 30/05/2017 Entrata 8:30 Uscita 14:30 Entrata 15:00 Uscita 18:00

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

NOTE:

IL MOTIVO DELLA MANCATA TIMBRATURA E' DOVUTO DA:

- ☐ Errore materiale _____
- ☐ Perdita momentanea e/o definitiva del badge marcatempo _____
- ☐ Smagnetizzazione del badge marcatempo _____
- ☒ Lavoro effettuato fuori sede per motivi di servizio ANCI - REGIONE PUGLIA
- ☐ Dimenticanza del badge marcatempo presso la propria abitazione _____

Visto

Il Dipendente

Il Segretario Generale / Responsabile del Servizio

Aselle Antonella

Atten

Al sensi della Legge 241/90 si nomina

il Responsabile del Procedimento

DI ANTONIO

31 MAG. 2017

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'M' or 'A' shape.



CITTA' DI MODUGNO

(Provincia di Bari)

Al Responsabile Servizio IS - UFFICIO DI PIANO

Sede

Prot.

Modugno, 18/05/2017

OGGETTO: Comunicazione di mancata/e timbratura/e.

La/Il sottoscritta/o LEVOCI Antonella in servizio presso _____ con la presente dichiarazione attesta

di **NON** aver potuto effettuare la propria presenza, con il "BADGE" magnetico marcateempo in possesso nel/nei giorno/i sotto specificato/i e di aver effettuato la propria prestazione di lavoro con il seguente orario. (nelle NOTE specificare se ordinario / straordinario):

Giorno 18/05/2017 Entrata 8:38 Uscita 14:38 Entrata 15:08 Uscita 17:17

Giorno _____ Entrata _____ Uscita 15:00 Entrata 15:35 Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

NOTE: 50 minuti di riposo compensativo mese di Dicembre

IL MOTIVO DELLA MANCATA TIMBRATURA E' DOVUTO DA:

- ☐ Errore materiale _____
- ☐ Perdita momentanea e/o definitiva del badge marcateempo _____
- ☐ Smagnetizzazione del badge marcateempo _____
- ☐ Lavoro effettuato fuori sede per motivi di servizio _____
- ☐ Dimenticanza del badge marcateempo presso la propria abitazione _____

Interruzione energia elettrica

Il Dipendente

Antonella Levoci

Visto
Il Segretario Generale / Responsabile del Servizio

[Signature]

Al senai della legge 261/90 si nomina
il Responsabile del procedimento

L'AMBROSIO

23 MAG. 2017

A stylized handwritten signature in blue ink, consisting of a large, looped 'M' shape.

Prot. 23003
del 4.05.2017



4 MAG. 2017

CITTA' DI MODUGNO

(Città Metropolitana di Bari)

AI RESPONSABILE SERVIZIO IS - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: Riposo compensativo

Il/la sottoscritto/a Lenora Anselmi dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UDA

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 2/05/2017 al 1h di riposo comp

- ☐ N.....giorno/i di **FERIE ANNO CORRENTE** _____
- ☐ N.....giorno/i di **FESTIVITA' SOPPRESSE** _____
- ☐ N.....giorno/i di **FERIE ANNO PRECEDENTE** _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** motivi personali e famigliari _____
- ☐ N.....giorno di **PERMESSO RETRIBUITO** per donazione sangue _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per studio (150ore), concorsi, esami universitari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per missione _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di **PERMESSO BREVE** da recuperare entro il mese successivo _____
- ☒ N. 1 ora/e di **RIPOSO COMPENSATIVO** per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **SCIOPERO** _____

NOTE nessa da chiedere

IL DIPENDENTE

Lenora Anselmi

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno,

02/05/2017

Al sensi della Legge 241/90 si nomina
il Responsabile del Procedimento

DIATIBROSIO

- 4 MAG. 2017

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'M' or 'H' shape.



CITTÀ DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 2428 del 10/05/2017



CITTÀ DI MODUGNO

(PROVINCIA DI BARI)

10 MAG. 2017

Al RESPONSABILE SERVIZIO 15 - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: RIPOSO COMPENSATIVO + FERIE

Il/la sottoscritto/a ANTONELLA LENOCI dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire di aver usufruito dal/il 05/05/2017 e 08/05/2017:

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE _____
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE _____
- ☐ N. 1 giorno/i di FERIE ANNO PRECEDENTE ANNO 2016 x il piano 05/05/2017
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO motivi personali e familiari _____
- ☐ N.....giorno/i di PERMESSO RETRIBUITO per donazione sangue _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio (150 ore), concorsi, esami universitari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo _____
- ☐ N. 1 ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) 08/05/2017
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO _____

NOTE COMPENSAZIONE CON ORE SVOLTE OLTRE
L'ORDINARIO MESE MARZO

IL DIPENDENTE

Antonella Lenoci

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 10/05/2017

Al sensi della Legge 241/90 si nomina
il Responsabile del Procedimento

S'AnBrosio

10 MAG. 2017

A handwritten signature in blue ink, appearing to be a stylized 'M' or 'L'.



CITTA' DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 21425 del 24/04/2017

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

27 APR. 2017

AI RESPONSABILE SERVIZIO IS - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: RIPOSO COMPENSATIVO

Il/la sottoscritto/a LENSOU ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 24/04/2017 al _____

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE _____
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO PRECEDENTE _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO motivi personali e famigliari _____
- ☐ N.....giorno/i di PERMESSO RETRIBUITO per donazione sangue _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio (150ore), concorsi, esami universitari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo _____
- ☒ N.....ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO _____

NOTE MESE DI DICEMBRE

IL DIPENDENTE

Antonella Lensou

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno,

21/04/2017

Al sensi della Legge 241/90 si nomina
il Responsabile del Procedimento

D'AMBROSIO

27 APR. 2017





CITTÀ DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 16921 del 31/03/2017

CITTA' DI MODUGNO

(Città Metropolitana di Bari)

Al RESPONSABILE SERVIZIO 15 - ARTURO CARONE

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: VARIAZIONE FERIE

Il/la sottoscritto/a LENSOU ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/i 4/04/2017 al 5/04/2017 :

☐ N.....giorno/i di **FERIE ANNO CORRENTE** dal 10/04/2017 al 18/04/2017

☐ N.....giorno/i di **FESTIVITA' SOPPRESSE**

☒ N. 2.....giorno/i di **FERIE ANNO PRECEDENTE**

☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** motivi personali e famigliari

☐ N.....giorno di **PERMESSO RETRIBUITO** per donazione sangue

☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** grave infermità / lutto

☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per studio (150 ore), concorsi, esami universitari

☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per missione

☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per corso di aggiornamento

☐ N.....ora/e di **PERMESSO BREVE** da recuperare entro il mese successivo

☐ N.....ora/e di **RIPOSO COMPENSATIVO** per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)

☐ N.....giorno/i - ora/e di **SCIOPERO**

NOTE Si chiede l'ANNULLAMENTO DELLA RICHIESTA

FERIE PRECEDENTE per le giornate 7/04/2017 e del 19/04/2017

IL DIPENDENTE

Antonella Lenor

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 30/03/2017



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)



CITTA' DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 13248 del 14/03/2017

AI RESPONSABILE SERVIZIO IS - UFFICIO DI PIANO 14 MAR 2017

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE ANNO PRECEDENTE

IV/la sottoscritto/a LENOU ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 7/04/2017 - 19/04/2017 + 16 e 17 MARZO

☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE

☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE

☒ N. 10 giorno/i di FERIE ANNO PRECEDENTE 16 e 17/03 + 7 + 10 + 11 + 12 + 13 + 14 + 18 + 19

☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO motivi personali e famigliari

☐ N.....giorno di PERMESSO RETRIBUITO per donazione sangue

☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto

☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio (150 ore), concorsi, esami universitari

☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione

☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per corso di aggiornamento

☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo

☐ N.....ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)

☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO

NOTE

IL DIPENDENTE

Antonella Lenu

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno,

10/03/2017

Al sensi della Legge 241/90 si nomina

il Responsabile del Procedimento

D'AMBROSIO

14 MAR. 2017

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'D' followed by a vertical line and a small flourish at the bottom.



CITTA' DI MODUGNO

(Provincia di Bari)

Al Responsabile Servizio 15 - UFFICIO DI PIANO

Modugno, 24/11/2017

Sede

OGGETTO: Comunicazione di mancata/e timbratura/e.

La/Il sottoscritta/o LENOU ANTONELLA in servizio presso _____ con la presente dichiarazione attesta

di NON aver potuto effettuare la propria presenza, con il "BADGE" magnetico marcatempo in possesso nel/nei giorno/i sotto specificato/i e di aver effettuato la propria prestazione di lavoro con il seguente orario. (Specificare se ordinario e/o straordinario nelle note):

Giorno <u>23/01/2017</u>	Entrata Ore _____	Uscita Ore <u>18.00</u>	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno <u>25/01/2017</u>	Entrata Ore _____	Uscita Ore <u>18.00</u>	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____

NOTE: _____

IL MOTIVO DELLA MANCATA TIMBRATURA E' DOVUTO DA:

- ☐ Errore materiale _____
- ☐ Perdita momentanea e/o definitiva del badge marcatempo _____
- ☐ Smagnetizzazione del badge marcatempo _____
- ☒ Lavoro effettuato fuori sede per motivi di servizio PREFETTURA BARI - Regione
- ☐ Dimenticanza del badge marcatempo presso la propria abitazione _____

Visto

Il Dipendente

Il Segretario Generale / Responsabile del Servizio

A. Sella

[Signature]

Prot. 66765
del 07/12/2016



- 7 DIC. 2016

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO IS - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: Riposo Compensativo + Permesso

Il/la sottoscritto/a LENCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 6/12/2016 e al 09/12/2016:

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE _____
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO PRECEDENTE _____
- ☒ N. 1 giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO motivi personali e familiari VISITE MEDICHE 6/12/2016
- ☐ N.....giorno di PERMESSO RETRIBUITO per donazione sangue _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio (150 ore), concorsi, esami universitari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo _____
- ☒ N. 6 ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) 9/12/2016
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO _____

NOTE _____

IL DIPENDENTE

Antonella Lenzi

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 6/12/16

Al sensi della Legge 241/90 si nomina
il Responsabile del Procedimento

D. ATTIBROSIO

7 DIC. 2018

A stylized handwritten signature in blue ink, consisting of a vertical line followed by a large, looped 'M' shape.

**CONSULTORIO – FAMILIARE
CANOSA DI PUGLIA**

Andria
Barletta
Bisceglie
Canosa di Puglia
Margherita di Savoia
Minervino Murge
S. Ferdinando di Puglia
Spinazzola
Trani
Trinitapoli

Si certifica che la sig.ra LEMOCI ANTONELLA
nata a CANOSA 25/06/85

residente a CANOSA VIA L. SETTEMBRINI, 50

**Azienda
Sanitaria Locale BAT**

70031 Andria
Via Fornaci, 201
Tel. 0883.299.750
Fax 0883.299.461

P.IVA 06391740724
Cod.Fisc. 90062670725

ha effettuato in data odierna, controllo specialistico
ginecologico presso la nostra struttura.

Si rilascia il presente certificato per gli usi consentiti

Canosa di P. li 06/11/2016

**D.S.S. n.3
Consultorio Familiare
Canosa – Minervino –
Spinazzola**

Via Bovio, 81
70053 Canosa di Puglia
Tel. 0883 641360
0883 641364
Fax 0883 641417
dsl@auslbatuno.i

**ASL BT - REGIONE PUGLIA
DISTRETTO SOCIO SANITARIO N° 3
CONSULTORIO FAMILIARE CANOSA DI PUGLIA
OSTETRICA
Sig.ra Teresa LATTANZIO**

Il Responsabile

15/12/2016
[Signature]

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro	
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		174008960		Data visita	
				12/12/2016	
DATI DEL MEDICO		Codice Regione	Codice ASL/AO	Codice struttura ricovero	
Cognome e nome		160	113		
FERRANTE SALVATORE					
Opera nel ruolo di:		Medico SSN	☒	Libero professionista	☐
DATI PROGNOSI					
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		12/12/2016		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il	
				12/12/2016	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita		☐			
Trattasi di:	Inizio	☒	Continuazione	☐	Ricaduta
					☐
Visita:	Ambulatoriale	☐	Domiciliare	☒	Pronto Soccorso
					☐
La malattia è dovuta ad evento traumatico		☐			
Patologia grave che richiede terapia salvavita		☐			
Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio		☐			
Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta		☐			
DATI DEL LAVORATORE					
ANAGRAFICI					
Cognome	LENOCI	Nome	ANTONELLA	C.F.	LNCNNL85H65B619I
Nato/a il	25/06/1985	a (Comune o Stato estero)		CANOSA DI PUGLIA	Provincia BA
RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE <i>(dati dichiarati dal lavoratore)</i>					
In via/piazza	VIA L. SETTEMBRINI 50			n.	SNC
Comune	CANOSA DI PUGLIA			Provincia	BT
				CAP	76012
REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA <i>(dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli di residenza o domicilio abituale riportati sopra)</i>					
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)					
In via/piazza				n.	
Comune				Provincia	CAP
Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n.150/2009					
Ristampato il 15/12/2016 alle ore 13:21:58					

Oggetto: Malattia Lenoci

Mittente: antonella lenoci <antonellalenoci@hotmail.it>

Data: 12/12/2016 09:24

A: Serafino Rezza <s.rezza@comune.modugno.ba.it>

Ciao Serafino carissimo,
io oggi sono in malattia, il numero di protocollo è 174008960
A domani,

Inviato dal mio dispositivo Samsung

- 5 DIC. 2016



OPERA | ORGANIZZAZIONE
PER LE
AMMINISTRAZIONI

SI ATTESTA

che **LENOCI Antonella** ha partecipato al corso di aggiornamento su:

GLI AFFIDAMENTI NEI SERVIZI SOCIALI NEL NUOVO CODICE

tenutosi a **Bari** il **2 dicembre 2016**
presso l **Hotel Nicolaus**
dalle **9.00** alle **13.00** e dalle **14.00** alle **16.00**

RELATORE:

Avv. Francesca PETULLA'

Avvocato amministrativista in Roma,
autore di pubblicazioni in materia

OPERA

Il Direttore
(Elena Siciliano)

Elena Siciliano

Al sensi della Legge 241/90 si nomina
il Responsabile del Procedimento

DATTORIO

5 DIC. 2016

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'M' or 'M.' with a vertical stroke.



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

18 NOV. 2016

AI RESPONSABILE SERVIZIO IS - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE ANNO CORRENTE

Il/la sottoscritto/a LENOCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 14/11/2016 al 2

- ☒ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO PRECEDENTE
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO motivi personali e famigliari
- ☐ N.....giorno/i di PERMESSO RETRIBUITO per donazione sangue
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio (150ore), concorsi, esami universitari
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per corso di aggiornamento
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo
- ☒ N.....ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO

NOTE

IL DIPENDENTE

Antonella Leno

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno,

15/11/2016

Ai sensi della Legge 241/90 si nomina
il Responsabile del Procedimento

D'Amico

18 NOV. 2016





CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)



CITTÀ DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 58608 del 28/10/2016

2 NOV. 2016

Al RESPONSABILE SERVIZIO IS - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: Riposo Compensativo

W/la sottoscritto/a LENCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 31/10/2016 al _____:

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE _____
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO PRECEDENTE _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO motivi personali e famigliari _____
- ☐ N.....giorno di PERMESSO RETRIBUITO per donazione sangue _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio (150ore), concorsi, esami universitari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo _____
- ☒ N. 6 ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO _____

NOTE 6 ore di riposo compensativo svolto nel mese
di settembre

IL DIPENDENTE

Antonella Lenci

VISTO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 26/10/2016

Al sensi della Legge 241/90 si nomina
il Responsabile del Procedimento

NATIBLODIO

- 2 NOV. 2016

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'M' or 'N' followed by a vertical stroke.

PROT. n. 56356 del 18/10/2016



18 OTT. 2016

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO UDP - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE

Il/la sottoscritto/a LENOCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 19/10/2016 al 21/10/2016 :

- ☒ N. 3 giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE _____
- ☐ N.giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE _____
- ☐ N.giorno/i di FERIE ANNO PRECEDENTE _____
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO motivi personali e famigliari _____
- ☐ N.giorno di PERMESSO RETRIBUITO per donazione sangue _____
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto _____
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio (150ore), concorsi, esami universitari _____
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione _____
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per corso di aggiornamento _____
- ☐ N.ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo _____
- ☐ N.ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) _____
- ☐ N.giorno/i - ora/e di SCIOPERO _____

NOTE _____

IL DIPENDENTE

Antonella Lenoci

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 18/10/2016

Al sensi della Legge 241/90 si nomina
il Responsabile del Procedimento

DATIBRONO

19 OTT. 2016

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'M' or 'H' shape.



CITTA' DI MODUGNO

(Provincia di Bari)



CITTA' DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 58692 del 28/10/2016

3 NOV. 2016

Al Responsabile Servizio IS - UFFICIO DI PIANO

Modugno, 27/10/2016

Sede

OGGETTO: Comunicazione di mancata/e timbratura/e.

La/Il sottoscritta/o LENOCI ANTONELLA in servizio presso UFFICIO DI PIANO con la presente dichiarazione attesta di NON aver potuto effettuare la propria presenza, con il "BADGE" magnetico marcatempo in possesso nel/nei giorno/i sotto specificato/i e di aver effettuato la propria prestazione di lavoro con il seguente orario. (Specificare se ordinario e/o straordinario nelle note):

Giorno <u>27/10/2016</u>	Entrata Ore <u>08:43</u>	Uscita Ore <u>14:45</u>	Entrata Ore <u>15:16</u>	Uscita Ore <u>18:16</u>
Giorno <u>28/10/2016</u>	Entrata Ore <u>08:30</u>	Uscita Ore <u>14:30</u>	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno <u>2/11/2016</u>	Entrata Ore <u>08:28</u>	Uscita Ore <u>16:00</u>	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____

NOTE: _____

IL MOTIVO DELLA MANCATA TIMBRATURA E' DOVUTO DA:

- ☐ Errore materiale _____
- ☐ Perdita momentanea e/o definitiva del badge marcatempo _____
- ☐ Smagnetizzazione del badge marcatempo _____
- ☐ Lavoro effettuato fuori sede per motivi di servizio _____
- ☒ Dimenticanza del badge marcatempo presso la propria abitazione _____

Il Dipendente

Antonella Lenci

Visto

Il Segretario Generale / Responsabile del Servizio

[Signature]

Al sensi della Legge 241/90 si nomina
il Responsabile del Procedimento

D'AMBROSIO

- 2 NOV. 2016

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'M' or 'A' shape.



CITTA' DI MODUGNO
(Provincia di Bari)

8/9/2016
R



CITTÀ DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO
N. 47876 del 8/09/2016

Al Responsabile Servizio IS - UFFICIO DI PIANO
Sede

Prot. n. 47876

Modugno, 08/09/2016

OGGETTO: Comunicazione di mancata/e timbratura/e.

La/Il sottoscritto/a LENGU ANTONELLA in servizio presso UFFICIO DI PIANO con la presente dichiarazione attesta di **NON** aver potuto effettuare la propria presenza, con il "BADGE" magnetico marcatempo in possesso nel/nei giorno/i sotto specificato/i e di aver effettuato la propria prestazione di lavoro con il seguente orario. (nelle NOTE specificare se ordinario / straordinario):

Giorno 08/09/2016 Entrata 08:30 Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

Giorno _____ Entrata _____ Uscita _____ Entrata _____ Uscita _____

NOTE: _____

IL MOTIVO DELLA MANCATA TIMBRATURA E' DOVUTO DA:

- ▼ Errore materiale _____
- ▼ Perdita momentanea e/o definitiva del badge marcatempo _____
- ▼ Smagnetizzazione del badge marcatempo _____
- ✓ Lavoro effettuato fuori sede per motivi di servizio Regione Puglia
- ▼ Dimenticanza del badge marcatempo presso la propria abitazione _____

Il Dipendente

Antonella Lengua

Visto
Il Segretario Generale / Responsabile del Servizio

[Signature]
AMBITO SOCIALE BA 10
Modugno - Biletto - Bili: 550

Prot. n. 9046837 - 2 SET. 2016



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO UDP - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: Riposo Compensativo

Al/la sottoscritto/a LENOU ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 02/09/2016 al _____:

- ☐ N.....giorno/i di **FERIE ANNO CORRENTE** _____
- ☐ N.....giorno/i di **FESTIVITA' SOPPRESSE** _____
- ☐ N.....giorno/i di **FERIE ANNO PRECEDENTE** _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** motivi personali e famigliari _____
- ☐ N.....giorno di **PERMESSO RETRIBUITO** per donazione sangue _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per studio (150ore), concorsi, esami universitari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per missione _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di **PERMESSO BREVE** da recuperare entro il mese successivo _____
- ☒ N. 630 ora/e di **RIPOSO COMPENSATIVO** per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) AB
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **SCIOPERO** _____

NOTE MESE DI LUGLIO 2016

IL DIPENDENTE

Antonella Lenu

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 01/09/2016

27/7/2016
R

Oggetto: Re: Orario di Servizio Lenoci

Mittente: "Dott. Arturo Carone" <a.carone@comune.modugno.ba.it>

Data: 25/07/2016 14:40

A: "Dott.ssa Antonella Lenoci" <a.lenoci@comune.modugno.ba.it>, Serafino Rezza
<s.rezza@comune.modugno.ba.it>

confermo si autorizza

Il 25/07/2016 14:12, Dott.ssa Antonella Lenoci ha scritto:

Ciao Serafino,
venerdì 22 luglio ho prestato servizio dalle ore 8.30 alle ore 15.00 presso il Comune di Barletta, per un incontro regionale per la misura Reddito di Dignità, inoltre volevo dirti che oggi quando uscirò dall'ufficio sarò in servizio presso il Comune di Bitetto, per un incontro pubblico sempre sulla misura Reddito di Dignità. Domani ti comunico a che ora finirò.
Domani mattina sarò in Servizio presso la Regione Puglia, dalle ore 09.00 in poi...il rientro di domani lo anticipo ad oggi, visto che devo restare comunque in ufficio.
Grazie e perdona la poca chiarezza...ma non ce sto a capì niente neanche io.

--

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano
Dott. Arturo Carone

tel.0805865446

Trasmissione via mail
Ex art.38 DPR 445/00 e art.47 D.Lgs.82/05

Oggetto: Orario di Servizio Lenoci

Mittente: "Dott.ssa Antonella Lenoci" <a.lenoci@comune.modugno.ba.it>

Data: 25/07/2016 14:12

A: Serafino Rezza <s.rezza@comune.modugno.ba.it>

CC: "Dott. Arturo Carone" <a.carone@comune.modugno.ba.it>

Ciao Serafino,

venerdì 22 luglio ho prestato servizio dalle ore 8.30 alle ore 15.00 presso il Comune di Barletta, per un incontro regionale per la misura Reddito di Dignità, inoltre volevo dirti che oggi quando uscirò dall'ufficio sarò in servizio presso il Comune di Bitetto, per un incontro pubblico sempre sulla misura Reddito di Dignità. Domani ti comunico a che ora finirò.

Domani mattina sarò in Servizio presso la Regione Puglia, dalle ore 09.00 in poi...il rientro di domani lo anticipo ad oggi, visto che devo restare comunque in ufficio.

Grazie e perdona la poca chiarezza...ma non ce sto a capì niente neanche io.

--

Dott.ssa Antonella Lenoci

Ref. Area Programmazione e Progettazione

Ambito Territoriale Ba10

Tel. 0805865440



CITTÀ DI MODUGNO
Ufficio di Piano
PROTOCOLLO

N. 26473 del 16.05.2016

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO 15 - UFFICIO DI PIANO

16 MAG. 2016

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE

Il/la sottoscritto/a LENORI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 03/06/2016 al 24/06/2016 :

- ☐ N.....giorno/i di **FERIE ANNO CORRENTE** _____
- ☐ N.....giorno/i di **FESTIVITA' SOPPRESSE** _____
- ☒ N. 2 giorno/i di **FERIE ANNO PRECEDENTE** 2015 _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** motivi personali e famigliari _____
- ☐ N.....giorno di **PERMESSO RETRIBUITO** per donazione sangue _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per studio (150ore), concorsi, esami universitari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per missione _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di **PERMESSO BREVE** da recuperare entro il mese successivo _____
- ☐ N.....ora/e di **RIPOSO COMPENSATIVO** per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **SCIOPERO** _____

NOTE _____

IL DIPENDENTE

[Signature]

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno,

11/05/2016

10/2/2016
De

Certificato di malattia telematico				Copia cartacea per il lavoratore			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		156007570		Data visita		10/02/2016	
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)							
DATI DEL MEDICO							
Cognome e nome		Ferrante Salvatore		Codice Regione	160	Codice ASL/AO	113
				Codice struttura ricovero			
Opera nel ruolo di:		Medico SSN ☒		Libero professionista ☐			
DATI PROGNOSI							
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		09/02/2016		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		10/02/2016	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attivita' lavorativa alla data di visita ☐							
Trattasi di:		Inizio ☐ Continuazione ☒		Ricaduta ☐			
Visita:		Ambulatoriale ☐		Domiciliare ☒		Pronto soccorso ☐	
DATI DIAGNOSI							
Cod. Nosologico		Non specificato		La malattia e' dovuta ad evento traumatico ☐			
Note di diagnosi ☐ sindrome influenzale							
Patologia grave che richiede terapia salvavita ☐		Malattia per la quale e' stata riconosciuta la causa di servizio ☐		Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidita' riconosciuta ☐			
DATI DEL LAVORATORE							
ANAGRAFICI							
Cognome		Lenoci		Nome		Antonella	
				C.F.		LNCNNL85H65B619I	
Nato/a il		25/06/1985		a (Comune o Stato estero)		CANOSA DI PUGLIA	
				Provincia		BA	
RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)							
In via/piazza		VIA L. SETTEMBRINI				n. 50	
Comune		Canosa di Puglia		CAP		76012	
				Provincia		BT	
REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli riportati)							
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)							
In via/piazza						n.	
Comune				CAP		Provincia	
(Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n. 150/2009)							

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		156007570		Data visita		10/02/2016	
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)							
DATI DEL MEDICO							
Cognome e nome		Ferrante Salvatore		Codice Regione	160	Codice ASL/AO	113
				Codice struttura ricovero			
Opera nel ruolo di:		Medico SSN ☒		Libero professionista ☐			
DATI PROGNOSI							
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		09/02/2016		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		10/02/2016	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attivita' lavorativa alla data di visita ☐							
Trattasi di:		Inizio ☐ Continuazione ☒		Ricaduta ☐			
Visita:		Ambulatoriale ☐		Domiciliare ☒		Pronto soccorso ☐	
La malattia e' dovuta ad evento traumatico ☐		Malattia per la quale e' stata riconosciuta la causa di servizio ☐					
Patologia grave che richiede terapia salvavita ☐		Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidita' riconosciuta ☐					
DATI DEL LAVORATORE							
ANAGRAFICI							
Cognome		Lenoci		Nome		Antonella	
				C.F.		LNCNNL85H65B619I	
Nato/a il		25/06/1985		a (Comune o Stato estero)		CANOSA DI PUGLIA	
				Provincia		BA	
RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)							
In via/piazza		VIA L. SETTEMBRINI				n. 50	
Comune		Canosa di Puglia		CAP		76012	
				Provincia		BT	
REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli riportati)							
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)							
In via/piazza						n.	
Comune				CAP		Provincia	
(Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n. 150/2009)							

Oggetto: Invio certificato di malattia Antonella Lenoci

Mittente: antonella lenoci <antonellalenoci@hotmail.it>

Data: 10/02/2016 09:52

A: "s.rezza@comune.modugno.ba.it" <s.rezza@comune.modugno.ba.it>

CC: "a.carone@comune.modugno.ba.it" <a.carone@comune.modugno.ba.it>

Ciao Serafino,

ti inoltro nuovamente il certificato medico, con copertura anche oggi!

Grazie mille,

Un bacio

Antonella Lenoci

— Allegati: —

certificato.pdf

35,0 KB

9/2/2016
R

Certificato di malattia telematico				Copia cartacea per il lavoratore			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		155904048		Data visita		09/02/2016	
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)							
DATI DEL MEDICO							
Cognome e nome		Ferrante Salvatore		Codice Regione	160	Codice ASL/AO	113
				Codice struttura ricovero			
Opera nel ruolo di:		Medico SSN ☒		Libero professionista ☐			
DATI PROGNOSI							
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		09/02/2016		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		09/02/2016	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attivita' lavorativa alla data di visita ☐							
Trattasi di:		Inizio ☒		Continuazione ☐		Ricaduta ☐	
Visita:		Ambulatoriale ☐		Domiciliare ☒		Pronto soccorso ☐	
DATI DIAGNOSI							
Cod. Nosologico		Non specificato		La malattia e' dovuta ad evento traumatico ☐			
Note di diagnosi: sindrome influenzale							
Patologia grave che richiede terapia salvavita ☐		Malattia per la quale e' stata riconosciuta la causa di servizio ☐		Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidita' riconosciuta ☐			
DATI DEL LAVORATORE							
ANAGRAFICI							
Cognome		Lenoci		Nome		Antonella	
				C.F.		LNCNNL85H65B619I	
Nato/a il		25/06/1985		a (Comune o Stato estero)		CANOSA DI PUGLIA	
				Provincia		BA	
RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)							
In via/piazza		VIA L. SETTEMBRINI				n. 50	
Comune		Canosa di Puglia		CAP		76012	
				Provincia		BT	
REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli riportati)							
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)							
In via/piazza						n.	
Comune				CAP		Provincia	
(Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n. 150/2009)							

Attestato di malattia telematico				Copia cartacea per il datore di lavoro			
Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)		155904048		Data visita		09/02/2016	
Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato)							
DATI DEL MEDICO							
Cognome e nome		Ferrante Salvatore		Codice Regione	160	Codice ASL/AO	113
				Codice struttura ricovero			
Opera nel ruolo di:		Medico SSN ☒		Libero professionista ☐			
DATI PROGNOSI							
Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal		09/02/2016		Viene assegnata prognosi clinica a tutto il		09/02/2016	
Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attivita' lavorativa alla data di visita ☐							
Trattasi di:		Inizio ☒		Continuazione ☐		Ricaduta ☐	
Visita:		Ambulatoriale ☐		Domiciliare ☒		Pronto soccorso ☐	
La malattia e' dovuta ad evento traumatico ☐		Malattia per la quale e' stata riconosciuta la causa di servizio ☐					
Patologia grave che richiede terapia salvavita ☐		Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidita' riconosciuta ☐					
DATI DEL LAVORATORE							
ANAGRAFICI							
Cognome		Lenoci		Nome		Antonella	
				C.F.		LNCNNL85H65B619I	
Nato/a il		25/06/1985		a (Comune o Stato estero)		CANOSA DI PUGLIA	
				Provincia		BA	
RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)							
In via/piazza		VIA L. SETTEMBRINI				n. 50	
Comune		Canosa di Puglia		CAP		76012	
				Provincia		BT	
REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli riportati)							
Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)							
In via/piazza						n.	
Comune				CAP		Provincia	
(Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n. 150/2009)							

OK
3/12/2015
LE

Oggetto: revoca gg ferie

Mittente: "Dott. Arturo Carone" <a.carone@comune.modugno.ba.it>

Data: 03/12/2015 09:32

A: Serafino Rezza <s.rezza@comune.modugno.ba.it>, Antonella Lenoci
<a.lenoci@comune.modugno.ba.it>

Si comunica che la dipendente Antonella Lenoci in data odierna è in servizio, per esigenze d'Ufficio (incontro UEPE), ragion per cui si chiede di annullare il giorno di ferie richiesto dalla stessa.

--

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano
Dott. Arturo Carone

tel.0805865446

Trasmissione via mail

Ex art.38 DPR 445/00 e art.47 D.Lgs.82/05

Ferie 4 e 5 gennaio 2016



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO UDP - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: Riposo Compensativo

Il/la sottoscritto/a LENOU ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 24/12/2015 al _____:

- ☐ N.....giorno/i di **FERIE ANNO CORRENTE** _____
- ☐ N.....giorno/i di **FERIE ANNO** _____
- ☐ N.....giorno/i di **FERIE ANNO** _____
- ☐ N.....giorno/i di **FESTIVITA' SOPPRESSE** _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** gravi motivi personali e familiari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per studio / concorsi / esami _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **PERMESSO RETRIBUITO** per missione / corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di **PERMESSO BREVE** da recuperare entro il mese successivo _____
- ☐ N.....giorni - **MALATTIA PER CURE TERMALI** _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **SCIOPERO** _____
- ☐ N.....ora/e di **ASSEMBLEA SINDACALE** - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998 12,51/14,08
- ☒ N.....ora/e di **RIPOSO COMPENSATIVO** per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) 1,17 x 1,10 minuti

NOTE _____

IL DIPENDENTE

Antonella Leno

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 24/12/2015

Timb.
Inserita
in data 24/11/2015
RL

Oggetto: Timbratura del 20 novembre 2015

Mittente: "dott.ssa Antonella Lenoci" <a.lenoci@comune.modugno.ba.it>

Data: 23/11/2015 13:04

A: s.rezza@comune.modugno.ba.it

CC: "Dott. Arturo Carone" <a.carone@comune.modugno.ba.it>

Ciao Serafino,
venerdì pomeriggio sono corsa a prendere il treno e non ho timbrato sono uscita
dalla conferenza alle ore 18.20.
Grazie mille.

--

dott.ssa Antonella Lenoci
Ref. Area Programmazione e Progettazione
Ufficio di Piano Ambito Ba 10
Tel. 0805865443



COMUNE DI MODUGNO
MODUGNO



Codice amministrazione: C_F262
Prot. Generale n: 0055140 A
Data: 10/11/2015 Ora: 15.20
Classificazione:

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO UDP - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE ANNO 2015

Al/la sottoscritto/a LENOU ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso L'UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/11 3/12/2015 al 11/12/2015:

- ☒ N. 5 giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE
- ☐ N.giorno/i di FERIE ANNO
- ☐ N.giorno/i di FERIE ANNO
- ☐ N. 1 giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento
- ☐ N.ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo
- ☐ N.giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI
- ☐ N.giorno/i - ora/e di SCIOPERO
- ☐ N.ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998
- ☐ N.ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N.giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex estensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto, salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art. 32 co. 3 D.lgs. 151/2001.

NOTE

IL DIPENDENTE

Antonella Lenu

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 10/11/2015

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.



COMUNE DI MODUGNO
MODUGNO



Codice amministrazione: C_F262
Prot. Generale n: 0055139 A
Data: 10/11/2015 Ora: 15.19
Classificazione:

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO UDP - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE

Il/la sottoscritto/a LENOU ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

~~Chiede/Comunica~~

di usufruire/di aver usufruito dal/1 4/11 al 18/11

- ☒ N. 10 giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE DAL 5/11 AL 18/11
☒ N.giorno/i di FERIE ANNO
☐ N.giorno/i di FERIE ANNO
☒ N. 1 giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE IL 4/11
☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari
☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto
☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami
☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento
☐ N.ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo
☐ N.giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI
☐ N.giorno/i - ora/e di SCIOPERO
☐ N.ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998
☐ N.ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
☐ N.giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex estensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto;
salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art.32 co.3 D.lgs.151/2001.

NOTE

IL DIPENDENTE

Antonella Lenu

DINIEGO *for mercante pascale*
VISTO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Modugno, 3/11/2015

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.

Attestato di malattia telematico

Ristampato il 23/10/2015 alle ore 11:21:52

Copia cartacea per il
datore di lavoroNumero di protocollo univoco del certificato (PUC) **149096095**Data visita **23/10/2015****DATI DEL MEDICO**Cognome e nome **FERRANTE/SALVATORE**

Codice Regione

160

Codice ASL/AO

113

Codice struttura ricovero

Opera nel ruolo di:

Medico SSN ☒Libero professionista ☐**DATI PROGNOSI**Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal **23/10/2015**Viene assegnata prognosi clinica a tutto il **23/10/2015**Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita ☐

Trattasi di:

Inizio ☒Continuazione ☐Riaduta ☐

Visita:

Ambulatoriale ☒Domiciliare ☐Pronto Soccorso ☐La malattia è dovuta ad evento traumatico ☐Patologia grave che richiede terapia salvavita ☐Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio ☐Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta ☐**DATI DEL LAVORATORE****ANAGRAFICI**Cognome **LENOCI**Nome **ANTONELLA**C.F. **LNCNNL85H65B619I**Nato/a il **25/06/1985** a (Comune o Stato estero) **CANOSA DI PUGLIA**Provincia **BA****RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE** (dati dichiarati dal lavoratore)In via/piazza **VIA L. SETTEMBRINI 50**n. **SNC**Comune **CANOSA DI PUGLIA**CAP **76012** Provincia **BT****REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA** (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli di residenza o domicilio abituale riportati sopra)

Nominativo indicato presso l'abitazione

(se diverso dal proprio)

In via/piazza

n.

Comune

CAP

Provincia

Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n.150/2009



CITTA' DI MODUGNO

(Provincia di Bari)

SERVIZIO 6 - FINANZIARIO - PERSONALE

Prot. n. 55328

Modugno, 11 novembre 2015

All'Ufficio Contabilità
del Personale

SEDE

Oggetto: Art. 71 del D.L. 25 giugno 2008 n° 112 (convertito con legge n. 133 del 06/08/2008).
Nuova disciplina delle assenze per malattia.

Ai sensi dell'art. 71 della legge n. 133/2008, per i conseguenziali adempimenti di Vs. competenza, si comunica l'assenza per malattia della dipendente a tempo determinato di seguito indicata nel periodo dal 23/10/2015 al 23/10/2015:

- LENOCI ANTONELLA MALATTIA GG. 01

X RICEVUTA

11.11.2015



Il Responsabile
del Servizio Personale
Donato Martino

Oggetto: Riposo compensativo

Mittente: "dott.ssa Antonella Lenoci" <a.lenoci@comune.modugno.ba.it>

Data: 14/10/2015 10:22

A: s.rezza@comune.modugno.ba.it, "Dott. Arturo Carone"
<a.carone@comune.modugno.ba.it>

Carissimo Serafino,
ieri sono uscita circa 35/40 minuti prima, puoi segnarmele come riposo
compensativo o devo invarti l'autorizzazione scritta?
Ovviamente Arturo, che ci legge in copia, ne è informato.
Un abbraccio,

--

dott.ssa Antonella Lenoci
Ref. Area Programmazione e Progettazione
Ufficio di Piano Ambito Ba 10
Tel. 0805865443

Rip. comp.
 $17,45 / 18,00 = 51$ minuti
14/10/2015
AL



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO UDP - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: PERMESSO RETRIBUITO

Il/la sottoscritto/a ANTONELLA LENOU dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 06/10/2015 al

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO _____
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE _____
- ☒ N.....giorno/i - ² - ore/e di PERMESSO RETRIBUITO espresso gravi motivi personali e familiari _____
- ☐ N.....giorno/i - ore/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ore/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami _____
- ☐ N.....giorno/i - ore/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo _____
- ☐ N.....giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI _____
- ☐ N.....giorno/i - ore/e di SCIOPERO _____
- ☐ N.....ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998 15/01/18,25
- ☒ N.....ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N.....giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex estensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto,
salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art.32 co.3 D.lgs.151/2001.

NOTE _____

IL DIPENDENTE

Antonella Lenou

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 06/10/2015

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.



Codice amministrazione: C_F262
Prot. Generale n: 0048548 A
Data: 09/10/2015 Ora: 10.58
Classificazione:



COMUNE DI MODUGNO

(Provincia di Bari)

Al Sig. Dirigente / Responsabile "VI" Settore

Servizio Socio Assistenziale

Sede

Prot.

Modugno, 9/10/2015

OGGETTO: Comunicazione di mancata/e timbratura/e.

La/Il sottoscritto/a LENOU ANTONELLA dipendente di questo Ente
ed in servizio presso l'Ufficio DI PIANO con la presente dichiarazione,

ATTESTA

di non aver potuto effettuare la propria presenza con il "BADGE" magnetico marcatempo
nel/nei giorno/i sotto elencato/i, e di aver prestato il seguente orario di lavoro ordinario /
straordinario:

Giorno <u>07/10/2015</u>	Entrata Ore <u>08:30</u>	Uscita Ore <u>14:30</u>	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno <u>09/10/2015</u>	Entrata Ore <u>08:30</u>	Uscita Ore <u>14:30</u>	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____

IL MOTIVO DELLA MANCATA TIMBRATURA E' DOVUTO DA:

- ☐ Errore materiale _____
- ☐ Perdita momentanea/definitiva del badge marcatempo _____
- ☐ Smagnetizzazione del badge marcatempo _____
- ☒ Lavoro effettuato fuori sede per motivi di servizio COMUNE DI BITURITTO/BITETTO
GLH/AMATO
- ☐ Dimenticanza del badge marcatempo presso la propria abitazione _____
- ☐ Altro (specificare) _____

Il dipendente

Antonella Lenu

Visto

Il Dirigente/Responsabile del Servizio

[Signature]



Codice amministrazione: C_F262
Prot. Generale n: 0045537 A
Data: 24/09/2015 Ora: 12.32
Classificazione:



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO UDP - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FESTIVITA' SOPPRESSE

N/la sottoscritto/a LENGUA ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/~~di aver usufruito~~ dal/la 23/09/2015 al 25/09/2015:

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO _____
- ☐ N3.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / tutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo _____
- ☐ N.....giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO _____
- ☐ N.....ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998 _____
- ☐ N.....ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) _____
- ☐ N.....giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto;
salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art.32 co.3 D.lgs.151/2001.

NOTE _____

IL DIPENDENTE

Antonella Lengua

VISTO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 22/09/2015

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO UDP - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: PERMESSO RETRIBUITO

Il/la sottoscritto/a LENO U. ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 1/09/2015 al

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE
 - ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO
 - ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO
 - ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE
 - ☒ N. 1 giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari
 - ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / tutto
 - ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami
 - ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento
 - ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo
 - ☐ N.....giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI
 - ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO
 - ☐ N.....ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998
 - ☐ N.....ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
 - ☐ N.....giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto,
- salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art. 32 co. 3 D.lgs. 151/2001.

NOTE Si Allega ATTESTAZIONE U.O. Centro di Senologia

IL DIPENDENTE

Antonella Leno

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 02/09/2015

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.



Fondazione
Casa Sollievo della Sofferenza
Opera di San Pio da Pietrelcina
OSPEDALE
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Viale Cappuccini - 71013 San Giovanni Rotondo (FG)
U.O Centro di Senologia

Si certifica che il/la Sig./ra LENOCI ANTONELLA
nato/a il 25/06/1985
è stato/a presente presso il nostro servizio in data 01/09/2015
dalle ore 9.36 **alla ore** 11.35 **per sottoporsi ad accertamenti diagnostici.**

SI RILASCIA PER GLI USI CONSENTITI



IL MEDICO

San Giovanni Rotondo, 01/09/2015



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO DDP - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: PERMESSO RETRIBUITO

Il/la sottoscritto/a LENOCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 24/07/2015 al

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE
- ☐ N. 1.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo
- ☐ N.....giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO
- ☐ N.....ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998
- ☐ N.....ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N.....giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto, salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art.32 co.3 D.lgs.151/2001.

NOTE Si allega certificato medico

IL DIPENDENTE

Antonella Lenoci

VISTO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 28/07/2015

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BT

(Andria-Barletta-Bisceglie-Canosa di P.-Margherita di S.-Minervino M.-S. Ferdinando di P.-Spinazzola-Trani-Trinitapoli)

PRESIDIO OSPEDALIERO DI CANOSA DI PUGLIA

UNITÀ OPERATIVA DI CHIRURGIA

Si certifica che la

Sig. *ma* *LEMOI ANTONIO*
è stato sottoposto a
intervento ed assunto al
degenza

24. 07. 85

A.S.L. BT - P.O. CANOSA DI P.
AMBULATORIO
CHIRURGIA GENERALE



Codice amministrazione: C_F262
Prot. Generale n: 0035394
Data: 21/07/2015 Ora: 12.57
Classificazione:

(Provincia di Bari)

Modugno, 20/07/2015

Sede

La/Il sottoscritto/a LENOCI ANTONELLA in servizio presso
UFFICIO DI PIANO con la presente dichiarazione attesta

Giorno	Entrata	Uscita	Entrata	Uscita
17/07/2015	Ore <u> </u>	Ore <u>14,50</u>	Ore <u> </u>	Ore <u> </u>
20/07/2015	Ore <u> </u>	Ore <u>14,50</u>	Ore <u> </u>	Ore <u> </u>
Giorno <u> </u>	Ore <u> </u>	Ore <u> </u>	Ore <u> </u>	Ore <u> </u>
Giorno <u> </u>	Ore <u> </u>	Ore <u> </u>	Ore <u> </u>	Ore <u> </u>
Giorno <u> </u>	Ore <u> </u>	Ore <u> </u>	Ore <u> </u>	Ore <u> </u>

IL MOTIVO DELLA MANCATA TIMBRATURA E' DOVUTO DA:

- ☐ Errore materiale _____
- ☐ Perdita momentanea e/o definitiva del badge marcatempo _____
- ☐ Smagnetizzazione del badge marcatempo _____
- ☒ Lavoro effettuato fuori sede per motivi di servizio BITELIO
- ☐ Dimenticanza del badge marcatempo presso la propria abitazione _____

Il Dipendente
Donella Basso

Visto
Il Segretario Generale / Responsabile del Servizio



Codice amministrazione: C_F262
Prot. Generale n: 0034701 A
Data: 17/07/2015 Ora: 12.33
Classificazione:



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 15 - UDP

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: PERMESSO RETRIBUITO

~~Il/la sottoscritto/a~~ LENOCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/11 13/07/2015 al _____

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO _____
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE _____
- ☒ 35 min N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / tutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo _____
- ☐ N.....giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO _____
- ☐ N.....ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998 801/8.39
- ☐ N.....ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) _____
- ☐ N.....giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto, salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art.32 co.3 D.lgs.151/2001.

NOTE _____

IL DIPENDENTE

Antonella Lenoci

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 13/07/2015

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.



Codice amministrazione: C_F262
Prot. Generale n: 0034702 A
Data: 17/07/2015 Ora: 12.34
Classificazione:



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO 15 - UDP

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE

M/la sottoscritta/a LENOCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 31/07/2015 e al 3/08/2015

- ☒ N. 2 giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE 31/07/2015 e 3/08/2015
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo
- ☒ N.....giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO
- ☐ N.....ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998
- ☐ N.....ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N.....giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto, salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art.32 co.3 D.lgs.151/2001.

NOTE

IL DIPENDENTE

Antonella Lenoci

VISTO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 14/7/2015

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.



TORNI

CITTA' DI MODUGNO

(Provincia di Bari)

SERVIZIO 1- AFFARI GENERALI - PERSONALE

COMUNE DI MODUGNO
MODUGNO
Codice amministrazione: C_F262
Prot. Generale n: 0033792 P
Data: 13/07/2015 Ora: 12.40
Classificazione:

Modugno, 13 luglio 2015

All'Ufficio Contabilità
del Personale

SEDE

Oggetto: Art. 71 del D.L. 25 giugno 2008 n° 112 (convertito con legge n. 133 del 06/08/2008).
Nuova disciplina delle assenze per malattia.

Ai sensi dell'art. 71 della legge n. 133/2008, per i conseguenziali adempimenti di Vs. competenza, si comunica l'assenza per malattia della dipendente a tempo determinato di seguito indicata nel periodo dal 04/05/2015 al 04/05/2015:

- LENOCI ANTONELLA MALATTIA GG. 01



Il Responsabile
del Servizio Personale
dott.ssa Beatrice Maggio

RICEVUTA
13-07-2015
[Signature]

Tempo determinato

1

Attestato di malattia telematico

Ristampato il 04/05/2015 alle ore 11:54:00



Copia cartacea per il
datore di lavoro

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) **140924982**

Data visita **04/05/2015**

DATI DEL MEDICO

Cognome e nome **FERRANTE/SALVATORE**

Codice Regione

160

Codice ASL/AO

113

Codice struttura ricovero

Opera nel ruolo di:

Medico SSN ☒

Libero professionista ☐

DATI PROGNOSI

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal **04/05/2015**

Viene assegnata prognosi clinica a tutto il **04/05/2015**

Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita

☐

Trattasi di: Inizio ☒

Continuazione ☐

Ricaduta ☐

Visita: Ambulatoriale ☒

Domiciliare ☐

Pronto Soccorso ☐

La malattia è dovuta ad evento traumatico

☐

Patologia grave che richiede terapia salvavita

☐

Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio

☐

Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta

☐

DATI DEL LAVORATORE

ANAGRAFICI

Cognome **LENOCI**

Nome **ANTONELLA**

C.F. **LNCNNL85H65B619I**

Nato/a il **25/06/1985** a (Comune o Stato estero) **CANOSA DI PUGLIA**

Provincia **BA**

RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)

In via/piazza **VIA L. SETTEMBRINI 50**

n. **SNC**

Comune **CANOSA DI PUGLIA**

CAP **76012** Provincia **BT**

REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli di residenza o domicilio abituale riportati sopra)

Nominativo indicato presso l'abitazione

(se diverso dal proprio)

In via/piazza

n.

Comune

CAP

Provincia

Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n.150/2009



COMUNE DI MODUGNO
MODUGNO



Codice amministrazione: C_F262
Prot. Generale n: 0023814 A
Data: 21/05/2015 Ora: 13.43
Classificazione:

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO _____ - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: _____

Il/la sottoscritto/a LENOCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito del/i 20/05/2015 al _____:

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO _____
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo _____
- ☐ N.....giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO _____
- ☐ N.....ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998 _____
- ☐ N.....ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) _____
- ☐ N.....giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto, salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art.32 co.3 D.lgs.151/2001.

NOTE si Allega certificazione UNITA OPERATIVA di Chirurgia

IL DIPENDENTE

Antonella Leno

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno,

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.

REGIONE PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE BT

(Andria-Barletta-Bisceglie-Canosa di P.-Margherita di S.-Minervino M.-S. Ferdinando di P.-Spinazzola-Trani-Trinitapoli)

PRESIDIO OSPEDALIERO DI CANOSA DI PUGLIA

UNITÀ OPERATIVA DI CHIRURGIA

Lenore Autuella

Il certificato che la

fig. me Lenore Autuella

è stata sottoposta in data
01/05/2015 con risultato
chirurgico soddisfacente

20.5.2015

**A.S.L. BT - P.O. CANOSA DI P.
AMBULATORIO
CHIRURGIA GENERALE**

M. G. M. M. M.



COMUNE DI MODUGNO
MODUGNO



Codice amministrazione: C_F262
Prot. Generale n: 0022047 A
Data: 13/05/2015 Ora: 12.35
Classificazione:

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 15 - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE

Il/la sottoscritto/a LENOCIA STONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UDP

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 12/05/2015 al 13/05/2015:

- ☒ N. 2 giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE 1 giorno di ferie
- ☒ N. 1 giorno/i di FERIE ANNO 2014 1 giorno di ferie
- ☐ N.giorno/i di FERIE ANNO
- ☐ N.giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami
- ☐ N.giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento
- ☐ N.ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo
- ☐ N.giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI
- ☐ N.giorno/i - ora/e di SCIOPERO
- ☐ N.ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998
- ☐ N.ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N.giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto, salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art.32 co.3 D.lgs.151/2001.

NOTE

IL DIPENDENTE

Lenocia Stonella

VISTO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 6/05/2015

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO UDP - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE

Il/la sottoscritto/a LE SOCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UDP - UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 17/08/2015 al 28/08/2015:

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE
- ☒ N. 10 giorno/i di FERIE ANNO 2015..... 17-18-19-20-21-24-25-26-27-28/08/2015
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / tutto
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo
- ☐ N.....giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO
- ☐ N.....ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998
- ☐ N.....ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N.....giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto; salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art.32 co.3 D.lgs.151/2001.

NOTE

IL DIPENDENTE

Antonella Socci

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno,

08/07/2015

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.



CITTA' DI MODUGNO

(Provincia di Bari)

Al Responsabile Servizio U15 - UFFICIO DI PIANO

Modugno, 04/06/2015

Sede

OGGETTO: Comunicazione di mancata/e timbratura/e.

La sottoscritta ANTONELLA LENOCI in servizio presso UDP con la presente dichiarazione attesta di NON aver potuto effettuare la propria presenza, con il "BADGE" magnetico marcatempo in possesso nel/nei giorno/i sotto specificato/i e di aver effettuato la propria prestazione di lavoro con il seguente orario. (Specificare se ordinario e/o straordinario nelle note):

Giorno	Entrata	Uscita	Entrata	Uscita
<u>04/06/2015</u>	Ore <u>08.00</u>	Ore <u>13.54</u>	Ore _____	Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____

NOTE:

IL MOTIVO DELLA MANCATA TIMBRATURA E' DOVUTO DA:

- ☐ Errore materiale _____
- ☐ Perdita momentanea e/o definitiva del badge marcatempo _____
- ☐ Smagnetizzazione del badge marcatempo _____
- ☒ Lavoro effettuato fuori sede per motivi di servizio REGIONE Puglia
- ☐ Dimenticanza del badge marcatempo presso la propria abitazione _____

Il Dipendente

Antonella Lenoci

Visto

Il Segretario Generale / Responsabile del Servizio

[Signature]



CITTA' DI MODUGNO

(Provincia di Bari)

Al Responsabile Servizio _____ - UFFICIO DEL PERSONALE

Modugno, 30/04/2015

CITTA DI MODUGNO

Prot. N. 20648

Sede

- 6 MAG. 2015

OGGETTO: Comunicazione di mancata/e timbratura/e.

Cat. Clas.
Fasc. Sottofasc.

La/Il sottoscritto/a LENOCI ANTONELLA in servizio presso

L'UFFICIO DI PIANO con la presente dichiarazione attesta di NON aver potuto effettuare la propria presenza, con il "BADGE" magnetico marcatempo in possesso nel/nei giorno/i sotto specificato/i e di aver effettuato la propria prestazione di lavoro con il seguente orario. (Specificare se ordinario e/o straordinario nelle note):

Giorno <u>30/04/2015</u>	Entrata Ore <u>08,15</u>	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____
Giorno _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____	Entrata Ore _____	Uscita Ore _____

NOTE: _____

IL MOTIVO DELLA MANCATA TIMBRATURA E' DOVUTO DA:

- ☒ Errore materiale _____
- ☐ Perdita momentanea e/o definitiva del badge marcatempo _____
- ☐ Smagnetizzazione del badge marcatempo _____
- ☐ Lavoro effettuato fuori sede per motivi di servizio _____
- ☐ Dimenticanza del badge marcatempo presso la propria abitazione _____

Il Dipendente

B. L. L. L. L.

Visto

Il Segretario Generale / Responsabile del Servizio

[Signature]



CITTÀ DI BITETTO



CITTÀ DI MODUGNO



COMUNE DI BITRITTO

AMBITO TERRITORIALE BA 10

Modugno – Bitetto – Bitritto

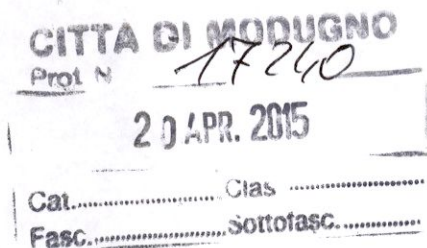
Ufficio di Piano

Via X Marzo 59/D4- 70026 Modugno (Ba) Tel. 0805865443-4-5-6 Fax 0805355077

PEC: ambitosocialeba10.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it

20/4/2015
Jan

Modugno li, 15/04/2015



All'Ufficio del Personale

SEDE

E pc. Dott.sa Antonella Lenoci

OGGETTO: Autorizzazione dipendente Antonella Lenoci per il giorno 17/04/2015

Con la presente si autorizza la dipendente Antonella Lenoci, assunta con contratto di lavoro a tempo determinato e a tempo pieno (36 ore settimanali), della durata di 12 mesi ed impiegata presso l'Ufficio di Piano a recarsi presso la sede della Prefettura di Bari- per partecipare al Gruppo di Supporto della regione Puglia Secondo Riparto Piano di Azione e Coesione Nazionale.

Si autorizza l'Ufficio del personale a regolarizzare manualmente l'ingresso della dott.sa Antonella Lenoci alle ore 9.00 e l'uscita alle ore 18.00.

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano
dott. Arturo Carone



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

CITTA' DI MODUGNO

Prot. N. 15292

7 - APR. 2015

Al RESPONSABILE SERVIZIO 15 - UDP

SEDE

Cal. Vias
Fasc. Sottoscr.

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: Riposo COMPENSATIVO

Il/la sottoscritto/a LENOCI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UDP

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/11 10/04/2015 al ✓

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo
- ☐ N.....giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO
- ☐ N.....ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998
- ☐ N. 5 ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N.....giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto, salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art. 32 co. 3 D.lgs. 151/2001.

NOTE CUMULATE nel MESE DI NOVEMBRE - DICEMBRE 2014

IL DIPENDENTE

Antonella Leno

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno,

02/04/15

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO IS - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: RIPOSO COMPENSATIVO

Il/la sottoscritto/a LENZI ANTONELLA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso L'UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 5/02/2015 al _____

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO _____
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO _____
- ☐ N.....giorno/i di FESTIVITA' SOPPRESSE _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO gravi motivi personali e familiari _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO grave infermità / lutto _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per studio / concorsi / esami _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di PERMESSO RETRIBUITO per missione / corso di aggiornamento _____
- ☐ N.....ora/e di PERMESSO BREVE da recuperare entro il mese successivo _____
- ☐ N.....giorni - MALATTIA PER CURE TERMALI _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO _____
- ☐ N.....ora/e di ASSEMBLEA SINDACALE - 12 ore annue art. 2 CCNQ 7 agosto 1998 _____
- ☐ N. 3 ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N.....giorno/i CONGEDO PARENTALE (ex astensione facoltativa) ai fini dell'esercizio del diritto, salvo casi di oggettiva impossibilità, il preavviso deve essere almeno di 15 giorni art.32 co.3 D.lgs.151/2001.

NOTE prestazione lavorativa autorizzata per il giorno 4/03/2015

IL DIPENDENTE

Antonella Lenzi

VISTO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO



Modugno,

27/02/2015

in l.r. ✓

N.B. Dopo il visto del Responsabile di Servizio, la presente dovrà essere inviata al Servizio Personale per i successivi adempimenti.

E 14,48
V 17,59

progett.
progett.



Città di Bitetto



Città di Modugno



Comune di Bitritto

✓

AMBITO TERRITORIALE BA 10

Modugno – Bitetto – Bitritto

Ufficio di Piano

Via X Marzo 59/D4 - 70026 Modugno Ba

Tel. 080 5321924 – fax 080 5355077

PEC: ambitosocialeba10.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it

COMUNE DI MODUGNO
MODUGNO



Codice amministrazione: C_F262
Prot. Generale n: 0009249 P
Data: 02/03/2015 Ora: 12.53
Classificazione:

All'ufficio del Personale Comune di Modugno

e p.c. dott.sa Antonella Lenoci

OGGETTO: autorizzazione dipendente Antonella Lenoci per il giorno 4/03/2015

Con la presente si autorizza la dipendente Antonella Lenoci, assunta con contratto di lavoro a tempo determinato e a tempo pieno (36 ore settimanali), della durata di 12 mesi ed impiegata presso l'Ufficio di Piano a recarsi presso la sede della Prefettura di Bari- per partecipare al Gruppo di Supporto della regione Puglia Secondo Riparto Piano di Azione e Coesione Nazionale. Si autorizza l'Ufficio del personale a regolarizzare manualmente l'ingresso della dott.ssa Antonella Lenoci alle ore 9,00 e l'uscita alle ore 18.00.

Modugno, 27/02/2015

Il Responsabile del Servizio 15
dott. Arturo Carone





Città di Bitetto



Città di Modugno



Comune di Bitritto

AMBITO TERRITORIALE BA 10

Modugno – Bitetto – Bitritto

Ufficio di Piano

Via X Marzo 59/D4 - 70026 Modugno Ba

Tel. 080 5321924 – fax 080 5355077

PEC: ambitosocialeba10.comune.modugno@pec.rupar.puglia.it

COMUNE DI MODUGNO
MODUGNO



Codice amministrazione: C_F262
Prot. Generale n: 0008327 P
Data: 24/02/2015 Ora: 11.41
Classificazione:

Modugno, 13/02/2015

All'Ufficio del personale Comune di Modugno

e p.c. dott.sa Antonella Lenoci

Oggetto: Autorizzazione dipendente Antonella Lenoci per il giorno 16/02/2015

Con la presente si autorizza la dipendente indicata in oggetto, impiegata presso l'Ufficio di Piano per esigenze di ufficio legate ai PAC e ai Buoni di Conciliazione Anziani a recarsi, il giorno **16/02/2015**, presso la Prefettura di Bari, Piazza Prefettura-Bari e presso la Regione Puglia Assessorato al Welfare, Via Gentile-Bari.

*Si prega di regolarizzare manualmente la timbratura
ORE 8 INGRESSO
ORE 14 USCITA*

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano
dott. Arturo Carone