



72 RM

CITTA' DI MODUGNO

(Provincia di Bari)

SERVIZIO 1- AFFARI GENERALI - PERSONALE



CITTA' DI MODUGNO

CODICE IPA C_F262
PROTOCOLLO GENERALE



Prot. 0056392

del 03/12/2014

Modugno, 03 dicembre 2014

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 27/11/2014 al 01/12/2014:

- NOVA ROSANNA MALATTIA GG. 05

Il Responsabile
del Servizio Personale
dott.ssa Beatrice Maggio

x RECEVUTA

- 3/12/14

Attestato di malattia telematico

Ristampato il 01/12/2014 alle ore 8:43:01

Copia cartacea per il
datore di lavoroNumero di protocollo univoco del certificato (PUC) **129384000**Data visita **28/11/2014****DATI DEL MEDICO**Cognome e nome **NAGLIERI/GAETANO**

Codice Regione

160

Codice ASL/AO

114

Codice struttura ricovero

Opera nel ruolo di:

Medico SSN ☒Libero professionista ☐**DATI PROGNOSI**Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal **27/11/2014**Viene assegnata prognosi clinica a tutto il **01/12/2014**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 **NOVA**Nome **ROSANNA**C.F. **NVORNN74M59A662L**Nato/a il **19/08/1974** a (Comune o Stato estero) **BARI**Provincia **BA****RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE** (dati dichiarati dal lavoratore)In via/piazza **Viale Repubblica 3 E**n. **SNC**Comune **MODUGNO**CAP **70026** Provincia **BA****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)

Prot.

Modugno,

27/11/14Al Responsabile Servizio I
AA. GG. - Personale

Sede

OGGETTO: Comunicazione assenza.Con la presente, si comunica che il dipendente NOVA ROSA - ANNAassegnato a questo Servizio POLIZIA LOCALE in data odierna ha comunicato la propria assenza dal lavoro per il seguente motivo:

- ☒ MALATTIA dal 27/11/14 al 129384000
- ☐ MALATTIA DEL FIGLIO dal _____ al _____
- ☐ MALATTIA PER CAUSA DI SERVIZIO dal _____ al _____
- ☐ DAY HOSPITAL/RICOVERO dal _____ al _____
- ☐ PERMESSO RETRIBUITO PER VISITA SPECIALISTICA _____
- ☐ ALTRI MOTIVI _____

IL PERSONALE RICEVENTE

M. L. R. R.



CITTÀ DI MODUGNO

(PROVINCIA DI BARI)

AL RESPONSABILE DEL SERVIZIO 1 – SEDE



CITTÀ DI MODUGNO

CODICE IPA C_F262

PROTOCOLLO POLIZIA MUNICIPALE

Prot. 0049615

del 28/10/2014

Modugno, 27/10/18

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: _____

Il/la sottoscritto/a NOVA ROSA ANNA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso POLIZIA LOCALE - MODUGNO

Chiede/Comunica

Al Sig. Dirigente/Responsabile di usufruire/~~di aver usufruito~~ dal/il 06/12/18 al 15/12/18:

☒ N. 7 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 famigliari _____

☐ 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 PER NULLA OSTA / PRESA VISIONE
IL COMANDANTE
(Magg. Dott. Antonio Perchiazzi)



CITTÀ DI MODUGNO

(PROVINCIA DI BARI)



CITTÀ DI MODUGNO

CODICE IPAC F262
PROTOCOLLO GENERALEProt. 0046236
del 10/10/2014

AL RESPONSABILE DEL SERVIZIO 1 – SEDE

Modugno, 25-09-2014OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: PERMESSO RETRIBUITO X CONCORSO

La sottoscritta/a ROSA ANNA NOVA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso P.L.

Chiede/Comunica

Al Sig. Dirigente/Responsabile di usufruire/di aver usufruito dal/il 15-10-2014 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 famigliari _____☐ 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 PER NULLA OSTA PRESA VISIONE

IL COMANDANTE

(Magg. Dott. Antonio Perchiazzi)



CITTÀ DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)



CITTÀ DI MODUGNO
CODICE IPA C_F262
PROTOCOLLO POLIZIA MUNICIPALE

Prot. 0052746
del 13/11/2014

AL RESPONSABILE DEL SERVIZIO 1 - SEDE

Modugno, 12-11-2014

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione:

FERIE + ART. 17 (Rip. Comp.)

La sottoscritta ROSA ANNA NOVA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso POLIZIA LOCALE

Chiede/Comunica

Al Sig. Dirigente/Responsabile di usufruire/~~di aver usufruito~~ dal 14-11-2014 al 15/11/2014:

- ☒ N. 1 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 ^{GIORNO} ~~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 15/11/2014 Rip. Comp. ART. 17

IL DIPENDENTE

Rosa Anna Nova

VISTO PER NULLA OSTA / PRESA VISIONE
IL COMANDANTE
(Magg. Dott. Antonio Perchiazzi)

[Signature]