



CITTÀ DI MODUGNO
(Città Metropolitana di Bari)

5 APR 2017

Al RESPONSABILE SERVIZIO 11 - POLIZIA LOCALE

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: ARTICOLO 17

Il/la sottoscritto/a NOVA ROSA ANNA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso P.L.

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 09-04-2017 al 05-04-2017:

- ☐ 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 _____
- ☐ 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. 02gg. di **RIPOSO COMPENSATIVO** per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **SCIOPERO** _____

NOTE ARTICOLO 17

IL DIPENDENTE

Modugno,

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
COMANDANTE DELLA POLIZIA LOCALE
(Magg. Luigi Di Caterino)

Al sensi della Legge 241/90 si nomina

il Responsabile del Procedimento

D'ATTIBROSIO

5 APR. 2017





CITTÀ DI MODUGNO
(Città Metropolitana di Bari)

- 9 MAR. 2017

Handwritten signature

Al RESPONSABILE SERVIZIO 11 - POLIZIA LOCALE

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE

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

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 12-03-2017 al 24-03-2017:

- ☐ N.....giorno/i di **FERIE ANNO CORRENTE** _____
- ☒ N.¹.....giorno/i di **FESTIVITA' SOPPRESSE** _____
- ☒ N.⁶.....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.....^{GIORNO} ora/e di **RIPOSO COMPENSATIVO** per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **SCIOPERO** _____

NOTE ART. 17

IL DIPENDENTE

Handwritten signature of Rosa Anna Nona

Modugno, 24-03-2017

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
COMANDANTE DELLA POLIZIA LOCALE
(Magg. Luigi Di Caterino)

Handwritten signature of Magg. Luigi Di Caterino

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

D'Amico

9 MAR. 2017



COMUNE DI MODUGNO
VII Settore - Polizia Municipale
Prot. N. 7152
09 FEB 2017
Cat. _____ Clas. _____
Fasc. _____ Sottofasc. A1



CITTA' DI MODUGNO
(Città Metropolitana di Bari)

10 FEB. 2017

CM

RESPONSABILE SERVIZIO 14 - POLIZIA LOCALE

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: A2 - ... - FERIE

Il/la sottoscritto/a NOVA ROSA ANNA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso COMANDO P.L.

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 09-02-2017 al 10/02/2017:

- ☐ N.....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/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...10...ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) _____
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di SCIOPERO _____

NOTE ~~187~~ 17

IL DIPENDENTE

Rosa Anna Nova

Modugno, 07/02/2017

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
COMANDANTE DELLA POLIZIA LOCALE
(Magg. Luigi Di Caterino)

[Signature]

Al sensi della Legge 241/90 si nomina

il Responsabile del Procedimento

D'ATTIROSIO

10 FEB. 2017

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

Attestato di malattia telematico

10 GEN. 2017

Copia cartacea per
il datore di lavoro

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) 176094930

Data visita

09/01/2017

DATI DEL MEDICO

Codice Regione

160

Codice ASL/AO

114

Codice struttura ricovero

Cognome e nome RUBINO STELLA

Opera nel ruolo di: Medico SSN



Libero professionista

**DATI PROGNOSI**

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal 05/01/2017 Viene assegnata prognosi clinica a tutto il 12/01/2017

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 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 Della Repubblica, 3/E

n. SNC

Comune MODUGNO

Provincia BA CAP 70026

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

Provincia

CAP

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

Ristampato il 10/01/2017 alle ore 09:13:04

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

D'AMBROSIO

10 GEN. 2017





CITTA' DI MODUGNO
(Provincia di Bari)

Prot.

Modugno, 09-01-2017

Al Responsabile Servizio **E**
AA. GG. - Personale

Serie

OGGETTO: Comunicazione assenza.

Con la presente, si comunica che il dipendente

NOVA ROSALBA

ROSANNA

assegnato a questo Servizio - POLIZIA LOCALE in data odierna ha comunicato la
propria assenza dal lavoro per il seguente motivo:

- ☐ MALATTIA dal _____ al _____
- ☒ MALATTIA ~~DEL FIANCO~~ CONTINUA N° 176094930
- ☐ MALATTIA PER CAUSA DI SERVIZIO dal _____ al _____
- ☐ DAY HOSPITAL/RICOVERO dal _____ al _____
- ☐ PERMESSO RETRIBUITO PER VISITA SPECIALISTICA _____
- ☐ ALTRI MOTIVI _____

IL PERSONALE RICEVENTE



CITTA' DI MODUGNO
(Provincia di Bari)

Prot.

Modugno, 05/01/2017Al Responsabile Servizio 6
AA. GG. - Personale

Serie

OGGETTO: Comunicazione assenza.

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

- ☒ MALATTIA dal 05/01/2017 al 9/01/2017
- ☐ 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

MA 10/01/2017

29/12/2016


Attestato di malattia telematico



Copia cartacea per
il datore di lavoro

Numero di protocollo univoco del certificato (PUC) **175355725** Data visita **28/12/2016**

DATI DEL MEDICO	Codice Regione 160	Codice ASL/AO 114	Codice struttura ricovero
Cognome e nome CORRIERO GIUSEPPE			
Opera nel ruolo di: Medico SSN ☒		Libero professionista ☐	

DATI PROGNOSI

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal **28/12/2016** Viene assegnata prognosi clinica a tutto il **29/12/2016**

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 **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 Della Repubblica, 3/E** n. **SNC**

Comune **MODUGNO** Provincia **BA** CAP **70026**

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 Provincia CAP

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

Ristampato il 29/12/2016 alle ore 08:38:57

**CITTA' DI MODUGNO**

(Provincia di Bari)

Prot.

Modugno, 28/12/2016Al Responsabile Servizio **E**
AA. GG. - Personale

Sede

OGGETTO: Comunicazione assenza.

Con la presente, si comunica che il dipendente NOVA ROSANNA
assegnato a questo Servizio POLIZIA LOCALE in data odierna ha comunicato la
propria assenza dal lavoro per il seguente motivo:

- ☒ MALATTIA dal 28/12/2016 al _____
- ☐ 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



29 NOV. 2016

CITTA' DI MODUGNO

(Città Metropolitana di Bari)

AL RESPONSABILE SERVIZIO 14 - POLIZIA LOCALE

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: PERMESSO BREVE

Il/la sottoscritto/a NOVA ROSA ANNA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso COMANDO P.L.

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 24/11/2016 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. ^{1/2} ^{ORA} 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

Modugno,

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
COMANDANTE DELLA POLIZIA LOCALE
(Magg. Luigi Di Caterino)

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

S'ATIBROSIO

29 NOV. 2016

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



CITTA' DI MODUGNO
(Città Metropolitana di Bari)



Al RESPONSABILE SERVIZIO 14 - POLIZIA LOCALE

- 7 NOV. 2016
[Red signature]

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE + FEST. SPP.

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

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 28/11/2016 al 30/11/2016:

- ☒ N. 2 giorno/i di **FERIE ANNO CORRENTE** 29 e 30/11/2016
- ☒ N. 1 giorno/i di **FESTIVITA' SOPPRESSE** 28/11/2016
- ☐ 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

[Signature]

Modugno, 10.10.2016

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
COMANDANTE DELLA POLIZIA LOCALE
(Magg. Luigi Di Caterino)

[Signature]

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

D'AMBROSIO

- 4 NOV. 2016

COMUNE DI MODUGNO
VII Settore - Polizia Municipale
Prot. N. 59062
31 OTT. 2016
Cat. Clas.
Fasc. Sottofasc.



- 7 NOV. 2016

Ch

CITTA' DI MODUGNO

(Città Metropolitana di Bari)

Al RESPONSABILE SERVIZIO 14 - POLIZIA LOCALE

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: RiPoso

Il/la sottoscritto/a NOVA ROSA ANNA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso COMANDO P.L.

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 10.11.2016 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. 01 ora/e di **RIPOSO COMPENSATIVO** per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note)
- ☐ N.....giorno/i - ora/e di **SCIOPERO** _____

NOTE ART. 17

IL DIPENDENTE

Rosa Anna Nova

Modugno, 28.10.2016

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
COMANDANTE DELLA POLIZIA LOCALE
(Magg. Luigi Di Caterino)

[Signature]

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

D'Amico

- 4 NOV. 2016

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