

Flores Maria Antonietta
T. D.

Ferie

COMUNE DI MODUGNO
MODUGNO

Codice amministrazione: C_F262
Prot Generale n: 0008319 A
Data: 24/02/2015 Ora: 11.25
Classificazione:



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 15 - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: ~~Richiesta~~ / Comunicazione: RIPOSO COMPENSATIVO

Il/la sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 13/02/2015 al 13/02/2015:

- ☐ 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 ~~0000~~ ~~0000~~

IL DIPENDENTE

Florio Maria Antonietta

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 16/02/2015

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 U.P. - Ufficio Di Piano

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: PARTICIPAZIONE CORSO PERMESSO RETRIBUITO

Ma sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/~~di aver usufruito~~ dal/il 08/01/2015 al 08/01/2015 :

- ☐ 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 *CORSO TEORICO PRATICO DI "ADDETTAMENTO SULL'ARMONIZZAZIONE CONTABILE DEGLI ENTI TERRITORIALI" - OPERA BSE

IL DIPENDENTE

[Signature]

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 05/01/2015

COMUNE DI MODUGNO
MODUGNO

Codice amministrazione: C_F262
Prot. Generale n: 0002043 A
Data: 19/01/2015 Ora: 17.34
Classificazione:



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO JDP - Ufficio Di Piano

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: PERMESSO BREVE

Ina sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/ri 05/01/2015 al 05/01/2015

- ☐ 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 13.07/14.35
- ☐ 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, 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)

AI RESPONSABILE SERVIZIO UOLP - Ufficio Di Piano

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: RIPOSO COMPENSATIVO

Il/la sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/11 23/01/2015 al 23/01/2015

- ☐ 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 B. 10/11, 28
- ☒ 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 ORA DI LAVORO SOSTITUITA PER IL

IL DIPENDENTE

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Modugno, 23/01/2015

Prot. 1251 del 14/01/2015



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

2/6

AI RESPONSABILE SERVIZIO UDP - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE

Il/la sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 15/01/2015 al 15/01/2015 :

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE _____
- ☐ N. 1.....giorno/i di FERIE ANNO 2014..... _____
- ☐ 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 GIORNO DI FERIE È RIFERITO ALLA FERIE NON GODUTO NEL 2014
PER ESIGENTE DELL'UFFICIO DI PIANO.

IL DIPENDENTE

[Signature]

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

Modugno, 14/01/2015

21



CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C_F262
PROTOCOLLO SERVIZI SOCIALI

Prot. 0054536
del 25/11/2014

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO

UDP

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE

Il/la sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso Ufficio di Piano

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dall'1

3-5-9-11-16-18-24-31 al 12/2014

- 6 ☒ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE 03-04-11-16-24-31/12/2014
- ☐ 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 dell'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 NOTA UFFICIO PERSONALE PROT. 53134 del 17/11/2014

IL DIPENDENTE

Florio Maria Antonietta

Modugno, 19/11/2014

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

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

03-04-11-16



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO S - UDP

SEDE

OGGETTO: Richiesta/Comunicazione: RIPOSO COMPENSATIVO

Il/la sottoscritto/a FIORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/la 02/12/2014 al 02/12/2014

- ☐ 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 17,17/18,27
 - ☐ 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 COMPENSAZIONE ORA GIÀ AUTORIZZATA MESE SETTEMBRE

IL DIPENDENTE

VISTO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Modugno,

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

✓ **DINIEGO**





CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C_F262
PROTOCOLLO GENERALE
Prot. 0061086
del 31/12/2014

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO UDP - UFFICIO DI PIANO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: RICHIESTA FERIE

Il/la sottoscritto/a FIORO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/10-11-12-15-17-18-19-22-23-28/12/2014

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE SI NEGA IL PERIODO DI FERIE
- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO PER URGENTI MOTIVI DI SERVIZIO
- ☐ 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 NOTA UFFICIO PERSONALE PROT. 53134 del 17/11/2014

IL DIPENDENTE

Antonietta Fiore

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Modugno, 4/12/2014

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



CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C_F262
PROTOCOLLO SERVIZI SOCIALI

Prot. 0054539
del 25/11/2014

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO _____ - UDP

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE

Il/la sottoscritto/a FIORELLA MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito da/il 20-25-27/11/2014

- ☐ N. 3 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 NOTA UFFICIO DEL PERSONALE Prot. 53134 del 17/11/2014

IL DIPENDENTE

[Signature]

Modugno, 19/11/2014

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

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)



CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C_F262
PROTOCOLLO SERVIZI SOCIALI

Prot. 0054535
del 25/11/2014

Al RESPONSABILE SERVIZIO _____ - JDP

SEDE

OGGETTO: ~~Richiesta~~ / Comunicazione: FERIE

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

~~Chiede/Comunica~~

di usufruire/di aver usufruito dal/il 18/11/2014 al _____:

- ☒ 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.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 NOTA UFFICIO PERSONALE PROT. 53134 del 17/11/2014

IL DIPENDENTE

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Florionaria Antonietta
Modugno, 19/11/2014

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



CITTA' DI MODUGNO

CODICE IPA C_F242
PROTOCOLLO GENERALE

Prot. 0052872

del 13/11/2014

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO

- NDP

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione:

FERIE

Il/la sottoscritto/a

FLORE MARIA ANTONIETTA

dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso

UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il

14/11/2014

al

14/11/2014

- ☒ N. 1 giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE Festività soppressa
- ☐ 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,

13/11/2014

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



CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C_F202
PROTOCOLLO SERVIZI SOCIALI

Prot. 0051809
del 10/11/2014

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO _____ - UDP

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: RIPOSO COMPENSATIVO

Nel/la sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 07/11/2014 al 07/11/2014

- ☐ 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 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 ARZ PRECEDENTEMENTE AUTORIZZATI

IL DIPENDENTE

[Signature]

Modugno,

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

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 9 - SERVIZI SOCIALI

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: RIPOSO COMPENSATIVO + FERIE

Il/la sottoscritto/a FLORE MARIA ANTONIO dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/11 10/10/2014 al 20/10/2014

- ☐ N. 2 giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE 9 giorni 10/10/2014 e 20/10/2014
- ☐ N.giorno/i di FERIE ANNO ~~2013~~
- ☐ 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. 1 ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) 13, 12/14, 5/4
- ☐ 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 RR. COMPENSATIVO per 9 giorni 03/10/2014

IL DIPENDENTE

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Modugno, 3/10/2014



CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C_F262
PROTOCOLLO SERVIZI SOCIALI

Prot. 0047958
del 20/10/2014

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 3 - SERVIZI SOCIALI

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: Richiesta Riposo Compensativo

Il/la sottoscritto/a Fiorio Maria Antonietta dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso Ufficio di Piano

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 15/10/2014 al 16/10/2014 :

- ☐ 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 dell/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 AUTORIZZAZIONI AGLI ATTI DEL V° UFFICIO

IL DIPENDENTE

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Maria Antonietta Fiorio

[Signature]

Modugno,

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



CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C. F262
PROTOCOLLO SERVIZI SOCIALI

Prot. 0046607
del 14/10/2014

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 3 - SERVIZI SOCIALI

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: RIPOSO COMPENSATIVO

Il/la sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/la 08/10/2014 al 08/10/2014 :

- ☐ N.....giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE 16/10/2014 =
- ☐ 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 16.45/17.48
- ☐ N. 1 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

Modugno,

08/10/2014

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

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

CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C_F262
PROTOCOLLO SERVIZI SOCIALI
Prot. 0044540
del 01/10/2014



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO 9 - SERVIZI SOCIALI

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: RIPOSO COMPENSATIVO

Il/la sottoscritto/a FIORE MARI ANTONIA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/11 30/09/2014 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 8.09/9.09
- ☐ N. 8 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,

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 9 - SERVIZI SOCIALI

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: RIPOSO COMPENSATIVO

Il/la sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/ai 24/08/2014 al 24/08/2014 :

- ☐ 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 8,01/8,142
- ☒ 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

Florio Maria Antonietta

Modugno, 24/08/2014

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
Il Responsabile dei Servizi Sociali
Dott.ssa Angela STRAZIOTA

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



CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C.F.362
PROTOCOLLO PUBBLICA ISTRUZIONE.

Prot. 0042706
del 18/09/2014

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 9 - SERVIZI SOCIALI

SEDE

OGGETTO: Richiesta / ~~Comunicazione~~: RIPOSO COMPENSATIVO

Il/la sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO - AMBITO BA10

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 17/08/2014 al 17/08/2014 :

- ☐ 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. 15 ora/e di RIPOSO COMPENSATIVO per prestazione lavorativa autorizzata del/i giorno/i (note) 827/13,02 =
- ☐ 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 DA COMPENSARE CON LE ORE COMUNICATE AD AGOSTO

IL DIPENDENTE

[Signature]

Modugno,

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Il Responsabile dei Servizi Sociali
Dott.ssa Angela STRAZIOTA

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



CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C_F202
PROTOCOLLO PUBBLICA ISTRUZIONE
Prot. 0035189
del 24/07/2014

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 3 - SERVIZI SOCIALI

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: ORE COMPENSATIVE

Il/la sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 28/07/2014 al 31/07/2014 :

- ☐ 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
- ☐ N²⁰.....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 LE SUDDETTE ORE COMPENSATIVE SONO A COMPENSAZIONE
DELL'ORE SVOLTE NEL GG. 18/10/21 Maggio 2014
IL DIPENDENTE

Modugno, 24/07/2014

VISTO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Il Responsabile dei Servizi Sociali
Dott.ssa Angela STRAZIOTA

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

ELAPRESENTE DOCUMENTO RICHIESTA ANNULLA E
SOSTITUISCO LA RICHIESTA DEL 01/07/2014 prot. 32495
del 08/07/2014

COMUNICAZIONE



CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C. F362
PROTOCOLLO PUBBLICA ISTRUZIONE

Prot. 0035182
del 24/07/2014

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 9 - SERVIZI SOCIALI

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE

Il/la sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,

ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Ferie Chiede/Comunica 12-13-14/08/2014
di usufruire/di aver usufruito dal/il 05/08/2014 al 14/08/2014

- ☒ N. 6 giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE 2014
- ☐ 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 2

IL DIPENDENTE

[Signature]

VISTO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Il Responsabile dei Servizi Sociali
Dot.ssa Angela STRAZIOTA

Modugno, 24/07/2014

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

LA PRESENTE ANNULLA E SOSTITUISCE LA RICHIESTA
INOLTRATA IL 01/07/2014 PROT. 32495 del 08/07/2014

[Signature]



CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C_F362
PROTOCOLLO GENERALE

Prot. 0032495

del 09/07/2014



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 3 - SERVIZI SOCIALI

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: FERIE

Il/la sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 28/07/2014 al 14/08/2014

- ☒ N. 3 giorno/i di FERIE ANNO CORRENTE 2014
- ☐ 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

Florio Maria Antonietta

Modugno, 01/07/2014

VISTO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

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



CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C_F262
PROTOCOLLO GENERALE

Prot. 0039013
del 26/08/2014



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 9 - SERVIZI SOCIALI

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: RIPOSO COMPENSATIVO

Il/la sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso L'UFFICIO DI PIANO - AMBITO TERRITORIALE BA 10

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/ri 20/08/2014 al 20/08/2014 :

- ☐ 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. 4 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 PRECISA CHE LE ORE COMPENSATIVE SONO RELATIVE AL
LAVORO SVOLTO NEL GIORNO 16/08/2014 COME DA AUTOCERTIFICAZIONE

IL DIPENDENTE

Modugno, 19/08/2014

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO ENTRATE
Dot. Fulvio P. GESMUNDO

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 9 - SERVIZI SOCIALI

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: COMPENSAZIONI ORE

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

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 03/07/2014 al 03/07/2014 :

- ☐ 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.....⁸ora/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 COMPENSANO LE ORE SVOLTE OLTRE IL NORMALE ORARIO
DEL MESE DI APRILE

IL DIPENDENTE

VISTO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Modugno, 30/06/2014



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 9 - SERVIZI SOCIALI

SEDE

OGGETTO: Richiesta / ~~Comunicazione~~ RIPOSO COMPENSATIVO

N/la sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal 12/06/2014 al 12/06/2014 :

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

[Signature]

Modugno, 11/06/2014

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]
Il Responsabile dei Servizi Sociali
Dott.ssa Angela STRAZIOTA



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

Al RESPONSABILE SERVIZIO 3 - Servizi Sociali

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: RIPOSO COMPENSATIVO

Il/la sottoscritto/a FLORA MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso L'UFFICIO DI PIANO - MODUGNO

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 18/06/2014 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...4...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 PER SI COMPENSANO N° 4 ore svolte oltre il normale orario nel mese di FEBBRAIO 2014

IL DIPENDENTE

Flora Maria Antonietta

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.



CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPAC_F262
PROTOCOLLO SERVIZI SOCIALI

Prot. 0017396
del 10/04/2014



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 9 - SERVIZI SOCIALI

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione:

Ha sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO - MODUGNO

Chiede/Comunica

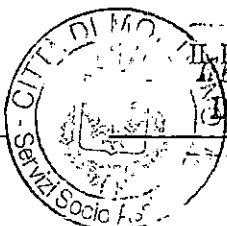
di usufruire/di ~~aver usufruito~~ dal/il 10/04/2014 al 10/04/2014 :

- ☐ 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 COMPENSANDO NZ. 2 ORE DEI RESSI PRECEDENTI

IL DIPENDENTE

[Signature]

Modugno, 9/04/2014



VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
[Signature]
Responsabile Servizi Sociali
Dott.ssa Angela MARZIO

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



CITTA' DI MODUGNO
PROTOCOLLO PUBBLICA ISTRUZIONE

Prot. 0011823
del 12/03/2014

CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 9 - SERVIZIO SOCIALI

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: PERMESSO RETRIBUITO

Il/la sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso L'UFFICIO DI PIANO - AMBITO SOCIAL BA 10

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 14/03/2014 al 14/03/2014 :

- ☐ 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. 4giorno/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 MI RISERVO DI PORTARE DOCUMENTAZIONE MEDICA

IL DIPENDENTE

[Signature]

Modugno, 11/03/2014

VISTO
IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
F. [Signature]
Dr.ssa Angela STRAZIOTA

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

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "CONSORZIALE POLICLINICO" - BARI
OSPEDALE PEDIATRICO "GIOVANNI XXIII"
Via Amendola 207 - 70126 BARI

UNITA' OPERATIVA DI CARDIOLOGIA
Direttore: Dr. Ugo Vairo

Si certifica che in data odierna il/la sig./ra
Flavia R. Fumicelle ha accompagnato c/o l'Ambulatorio
di Cardiologia Pediatrica di questo Presidio suo/a figlio/a
Roberto Giuseppe per accertamenti cardiologici.

Si rilascia su richiesta dell'interessato ai sensi e per gli effetti dell'art. 4
1° comma della Legge 8 Marzo 2000 n. 53.

Bari li 14.3.14

Il Dirigente Medico
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
CONSORZIALE POLICLINICO DI BARI
Dr. Elena MASTARI
Cod. Reg. 8-0765

CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C_F262
PROTOCOLLO SERVIZI SOCIALI
Prot. 0009973
del 27/02/2014



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 3 - SERVIZI SOCIALI

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: RIPOSO COMPENSATIVO

La sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso L'UFFICIO DI PIANO - AMBITO SOCIAL BA 10

Chiede/Comunica

di usufruire/~~di aver usufruito~~ dal/il 04/03/2014 al 04/03/2014 :

- ☐ 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. 4 ore/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 SUDDETTO RIPOSO COMPENSA LE ORE DI LAVORO ESPLETATE OLTRE IL
NORMALE ORARIO NEL MESE DI GENNAIO 2014

IL DIPENDENTE

Florio Maria Antonietta

Modugno,

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

P.I. - CULTURA - SPORT

Dr.ssa Angela STRAZIOTA



CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C_ F262
PROTOCOLLO GENERALE
Prot. 0008738
del 20/02/2014



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 9 - Servizi Sociali.

SEDE

OGGETTO: Richiesta/ Comunicazione: _____

Il/la sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso UFFICIO DI PIANO - AMBITO SOCIALE BA 10

Chiede/Comunica

di usufruire/di aver usufruito dal/il 13/02/2014 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. 3,5 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 _____

IL DIPENDENTE

Florio Maria Antonietta

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Florio Maria Antonietta

Modugno, 14/02/2014



CITTA' DI MODUGNO
CODICE IPA C_F262
PROTOCOLLO GENERALE

Prot. 0008736
del 20/02/2014



CITTA' DI MODUGNO
(PROVINCIA DI BARI)

AI RESPONSABILE SERVIZIO 9 - COMUNE DI MODUGNO

SEDE

OGGETTO: Richiesta / Comunicazione: _____

Il/la sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA dipendente del Comune di Modugno,
ed in servizio presso L'UFFICIO DI PIANO - AMBITO SQUADRA 10

Chiede/Comunica

di usufruire/~~di aver usufruito~~ dal/il 18/02/2014 al 18/02/2014 :

- ☐ 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 _____
- ☐ 14.....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 PER ORE DI LAVORO SVOLTE OLTRE IL NORMALE ORARIO NEL MESE DI DICEMBRE/GENNAIO.

IL DIPENDENTE

[Signature]

Modugno, 12/02/2014

VISTO

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

[Signature]

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 - UFFICIO DI PIANO

Sede

Prot.

Modugno, 30/12/2014

OGGETTO: Comunicazione di mancata/e timbratura/e.

La/Il sottoscritta/o FLORIO MARIA ANTONIETTA 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>30/12/2014</u>	Entrata Ore <u>8:30</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

Florio Maria Antonietta

Visto

Il Segretario Generale / Responsabile del Servizio

[Signature]

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



CITTA' DI MODUGNO

CODICE IPAC_F202
PROTOCOLLO GENERALE

Prot. 0049734

del 28/10/2014



CITTA' DI MODUGNO

(Provincia di Bari)

Al Responsabile Servizio



SERVIZIO SERVIZI UDP

Sede

Prot.

Modugno, 28/10/2014

OGGETTO: Comunicazione di mancata/e timbratura/e.

La/Il sottoscritta/o FLORIO MARIA ANTONIETTA 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>24/10/2014</u>	Entrata Ore <u>8:30</u>	Uscita Ore <u>14:30</u>	Entrata Ore	Uscita Ore
Giorno <u>28/10/2014</u>	Entrata Ore <u>8:00</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

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

Visto

Il Segretario Generale / Responsabile del Servizio

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



CITTA' DI MODUGNO

(Provincia di Bari)

Al Responsabile Servizio 9 - SERVIZIO SOCIALI

Prot.

Sede
Modugno, 16/06/2014

OGGETTO: Comunicazione di mancata/e timbratura/e.

La/Il sottoscritta/o FLORIO MARIA ANTONIETTA 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>16/06/2014</u>	Entrata Ore <u>8:30</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: PER MANCANZA ENERGIA ELETTRICA AL TERMINALE

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

[Signature]

Visto
Il Segretario Generale / Responsabile del Servizio

[Signature]

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



CITTA' DI MODUGNO

CODICE IPA C_F202

PROTOCOLLO GENERALE

Prot. 0008734

del 20/02/2014



CITTA' DI MODUGNO

(Provincia di Bari)

Al Responsabile Servizio N°3 - SERVIZI SOCIALI

Sede

Prot.

Modugno, 13/02/2014

OGGETTO: Comunicazione di mancata/e timbratura/e.

La/Il sottoscritto/a FLORIO MARIA ANTONIETTA in servizio presso L'UFFICIO DI PIANO - AMBITO SOCIALE BA10 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>27/01/2014</u>	Entrata Ore <u>8:47</u>	Uscita Ore <u>13:00</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
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 _____

Visto

Il Dipendente

Il Segretario Generale / Responsabile del Servizio

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