



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
N° 1 DI AGRIGENTO**

Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - Tel. 0922 407111
P.Iva e C.F. 02570930848

U.O.C. Servizio Risorse Umane

UFFICIO C.R.A.P. Aziendale

Tel: 0922/407300-301-302-303-479-481 - Fax: 0922/402479

Web: www.aspag.it E-mail: crap@aspag.it PEC: crap@pec.aspag.it

Prot.n. **32686**/Crap del 19/02/2021

Al Personale dipendente del Comparto

Oggetto: Avviso -richiesta utilizzo FERIE SOLIDALI comma 1 dell'art. 34 del vigente CCNL Comparto.

Si rende noto che è stata presentata da parte di un dipendente dell'Azienda la richiesta di utilizzo dell'art. 34 (Ferie Solidali), pertanto tutti coloro che intendono aderire alla richiesta possono cedere a titolo gratuito, giorni di ferie per fini solidali.

I dipendenti che intendono aderire alla richiesta possono formalizzare la propria decisione indicando il numero di giorni di ferie che intendono cedere dandone comunicazione per iscritto alla U.O.C. Servizio Risorse Umane -Ufficio CRAP Aziendale all'indirizzo mail: crap@aspag.it con (allegato n. 2)

Il presente avviso viene pubblicato sito Web Aziendale.

Il Referente Tecnico Ufficio CRAP Aziendale
Titolare di Posizione Organizzativa
Collaboratore Amministrativo
(Dott. Salvatore Casalicchio)

Il Dirigente Responsabile U.O.C.
Servizio Risorse Umane
(Dott. Calogero Muscarera)

Data pubblicazione sul sito **24/02/2021**
Scadenza **05/03/2021**

I suoi dati personali saranno trattati in conformità al Regolamento Europeo n. 679/2016 (c.d. "GDPR") in vigore a decorrere dal 25 maggio 2018. A questo proposito, la invitiamo a prendere visione dell'apposita informativa.

MODULO COMUNICAZIONE DI CESSIONE FERIE/RIPOSI SOLIDALI

**All'U.O.C. Servizio Risorse Umane
Ufficio CRAP Aziendale
ASP di Agrigento
e-mail: crap@aspag.it**

Il/la sottoscritto/a _____ matr.n. _____
nato/a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____
in servizio presso _____
in qualità di _____
telefono n. _____ cell. n. _____
e-mail _____

- ☐ a tempo indeterminato con rapporto di lavoro ☐ a tempo pieno
☐ part time verticale al _____ %
☐ part time orizzontale al _____ %
☐ a tempo determinato con scadenza al _____

Visto l'avviso del 24/02/2021 relativo alla richiesta di utilizzo di ferie solidali formulata da parte di personale dipendente dell'ASP di Agrigento che si trova nelle condizioni previste dall'art. 34 CCNL Comparto Sanità del 21.05.2018

Dichiara

di voler cedere su base volontaria e a titolo gratuito

n. _____ giornate di ferie dell'anno _____

n. _____ giornate di riposo per festività soppresse

Allego alla presente documento di riconoscimento.

I suoi dati personali saranno trattati in conformità al Regolamento Europeo n. 679/2016 (c.d. "GDPR") in vigore a decorrere dal 25 maggio 2018. A questo proposito, la invitiamo a prendere visione dell'apposita informativa.

_____, li _____

(firma del richiedente)
