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

ASP AG PROT.I.0196765.16-11-2026.h.11:44

Prot.n. _____del _____

Al Personale dipendente del Comparto

Oggetto: ***Avviso -richiesta utilizzo FERIE SOLIDALI*** *ai sensi dell'art. 34 del CCNL Comparto Sanità 2016/2018 e dell'art. n 38 comma 10 del CCNL Comparto Sanità Triennio 2022-2024.*

Si rende noto che è stata presentata da parte di un dipendente dell'Azienda la richiesta di utilizzo dell'art. 38 (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 Amministrativo
UOS Stato Giuridico
Dott. Giuseppe Schifano

Il Direttore UOC Servizio Risorse Umane
Dott. Massimo Petrantoni

Data pubblicazione sito Aziendale dal 17/11/2026 per giorni quindici (15)

Scadenza il 01/12/2026

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.

ALLEGATO N. 2

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 _____ 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 e dell'art. n 38 comma 10 del CCNL Comparto Sanità Triennio 2022-2024

Dichiara

di voler cedere su base volontaria e a titolo gratuito

n. _____ giornate di ferie dell'anno _____

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)

_____