

MODELLO "A"

PO 2015

Fondo  
locale

contatto	Attuale denominazione per esteso dell'Ente				N. complessivo dipendenti 3^ Area in servizio al 01.1.2015	Codice Ente
	Eventuale vecchia denominazione dell'Ente					
	nominativo	tel	fax			

**Personale della Terza Area titolare nel 2015 di PO nei limiti delle risorse del Fondo locale per le PO**

N°	COGNOME	NOME ordine alfabetico)	(in	data di nascita	codice fiscale	Descrizione		durata dell'incarico		gg	%	IMPORTO INDICATIVO (***)
						incarico		dal	al	assenza (**)	(*)	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
Totale percettori PO												-
												-

(\*) indicare la percentuale della retribuzione stipendiale goduta (es. 100 per indicare che al dip. compete l'intera retribuzione; es. 83,00 per indicare quale sia la percentuale di retribuzione goduta in caso di riduzione dovuta a part time, congedo parentale ecc..)

(\*\*) indicare il numero di giorni di assenza per malattia comportanti decurtazione ai sensi dell'art. 71, co. 1, DL 133/2008. (In caso di assenza continuativa superiore a 10 gg. indicare 10)

(\*\*\*) l'importo indicativo è pari all'importo teorico (I ctg. € 1.800,00, II ctg. € 1.100,00) diviso 360 (trecentosessanta), moltiplicato per i giorni di titolarità dell'incarico e la percentuale della retribuzione goduta, al netto decurtazione per i giorni di assenza. (L'importo ufficiale sarà esclusivamente quello calcolato a cura della Dir. Gen. per il Pers. Civ. e pubblicato con la circolare contenente l'elenco dei destinatari dell'indennità di PO per l'anno 2015)

data

firma del capo dell'ufficio