

AZIENDA _____

ANNO 2013
**TOTALE ANNUO ORE NON LAVORATE
RETRIBUITE E NON RETRIBUITE**

A)	ORE NON LAVORATE: RETRIBUITE	Totale annuo ore
	Malattia	
	Maternità/Paternità	
	Portatori di handicap/ Assistenza a portatori di handicap (L.104/1992)	
	Congedo parentale	
	Decesso o grave infermità	
	Donazione sangue/ Donazione midollo osseo	
	Cure termali	
	Infortunio	
	Studio (esami universitari/150 ore)	
	Amministratori locali/ Consiglieri di parità	
	Congedo matrimoniale	
	Permessi/distacchi sindacali	
	Altro	
	TOTALE ANNUO ORE	

N.B.: Si trascurano le assenze retribuite per funzioni ai seggi elettorali, volontari della protez. civile e del soccorso alpino.

B)	ORE NON LAVORATE: NON RETRIBUITE	Totale annuo ore
	Malattia figli minori	
	Gravi motivi familiari	
	Congedo per formazione scolastica/Congedo per formazione continua	
	Cure massofisioterapiche, elioterapiche, ecc.	
	Aspettative a vario titolo	
	Permessi/Distacchi sindacali	
	Altro	
	TOTALE ANNUO ORE	