

MODELLO "B"

PO 2015(Extra Fondo locale PO)

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 incarichi non remunerati con il 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 _____