AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CocCod. fisc./P.IVA 01151150867
Tel. 0935-520.111
Fax Fax 0935-500.851

Settore..... Servizio.....

Distretto.....

Al Sig. Dirigente Responsabile del.....

Il sottoscritto.....

in servizio con la posizione funzionale di.....

chiede ai sensi dell'art.22 del C.C.N.L. di essere autorizzato ad assentarsi dal lavoro dalle ore..... alle ore..... del giorno.....

per il il seguente motivo.....

.....

.....

Visto si autorizza con obbligo di recupero
senza recupero

IL DIRIGENTE RESPONSABILE
.....

Si assenta dal servizio alle ore.....

Rientro in servizio alle ore.....

Ore da recuperare.....

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

.....

Data.....