ASP 4 ENNA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Settore _____ Servizio_____

Distretto di _____ Presidio Ospedaliero_____

DOMANDA DI PERMESSO RETRIBUITO LEGGE 05/02/1992 n. 104, ART. 33

Il sottoscritto_____ _____Matricola_____

qualifica _____in servizio presso _____

chiede la concessione di permesso di cui alla sopraccitata legge per i seguenti giorni

_____

_____

_____

A tale riguardo DICHIARA quanto segue:

il familiare interessato non si trova in atto ricoverato in strutture istituzionalizzate;

la patologia del soggetto interessato non è soggetta a revisione.

Data _____

Il Richiedente

_____

VISTO (1)

_____

VISTO (2)

_____