

Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale
Enna

Settore _____ Servizio _____

Distretto di _____ Presidio Osped.ro _____

DOMANDA DI PERMESSO RETRIBUITO AD ORE LEGGE 5/02/1992 n° 104 ART. 33

_____ L. _____ Sottoscritt _____ Matricola N° _____

Qualifica _____ In servizio presso l'Unità Operativa/Ufficio _____

Chiede la concessione di permesso orario di cui alla sopraccitata legge secondo il seguente schema:

data _____ dalle ore _____ alle ore _____

data _____ dalle ore _____ alle ore _____

data _____ dalle ore _____ alle ore _____

data _____ dalle ore _____ alle ore _____

data _____ dalle ore _____ alle ore _____

data _____ dalle ore _____ alle ore _____

data _____ dalle ore _____ alle ore _____

data _____ dalle ore _____ alle ore _____

data _____ dalle ore _____ alle ore _____

data _____ dalle ore _____ alle ore _____

A tale riguardo DICHIARA quanto segue:

- il familiare interessato non si trova in atto ricoverato presso strutture istituzionalizzati;
- la patologia del familiare interessato non è / è soggetta a revisione il _____.

N.B. la domanda deve pervenire con la programmazione della turnazione relativa al mese successivo.

IL RICHEDENTE

VISTO DA
Timbro e firma

VISTO DA
Timbro e firma

Il Direttore (C.D.) Il Caposala

Il Dirigente (C.D.)