

MEDICINA DEI SERVIZI

DISTRETTO _____

PRESIDIO DI _____

Data _____

Il/la sottoscritto/a dr./ssa _____

titolare della Medicina dei Servizi _____

presso la sede di _____

chiede

che gli/le vengano concessi giorni n. _____ di congedo ordinario

ad iniziare dal giorno _____ al giorno _____ pari a ore n. _____.

Lo/a stesso/a riprenderà servizio in data _____

Nomina come sostituto il/la Dr./ssa _____

per il periodo dal _____ al _____

Il Richiedente _____

Il Responsabile del Servizio _____

**RICHIESTA
CONGEDO
ORDINARIO**



SOC Pediatri
di famiglia e
Specialistica
ambulatoriale
Via S. Salvi, 12
Villa Fabbri
50135 Firenze