| MEDICINA DEI SERVIZI | RICHIESTA |
|--|----------------------------------|
| DISTRETTO | PERMESSO |
| PRESIDIO DI | NON |
| | RETRIBUITO |
| | |
| Data | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| II/la sottoscritto/a dr./ssa | |
| altitudes altitudes are confirmed to the | |
| chiede di poter usufruire di un permesso non retribuito nei segu | enti giorni |
| dal al | SST Azienda |
| | Toscana |
| per complessive ore | Servizio Sanitario della Toscano |
| | SOC Pediatri |
| | di famiglia e |
| | Specialistica |
| | ambulatoriale |
| | Via S. Salvi, 12 |
| Il Richiedente | Villa Fabbri |
| | 50135 Firenze |
| | |
| | |
| II Responsabile del Servizio | |
| | |