

Al _____

Oggetto: **RICHIESTA ASSENZA NON RETRIBUITA
ART. 35 ACN VIGENTE**

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____ quale specialista
ambulatoriale interno, branca _____ con incarico a tempo
indeterminato/determinato per n. _____ ore settimanali presso il presidio di _____

CHIEDE

di usufruire, a norma dell'art. 35 dell'A.C. vigente, di n. _____ giorni di **PERMESSO NON RETRIBUITO** secondo la seguente
motivazione:

Periodi di assenza:

dal _____ al _____ = pari ad ore _____

dal _____ al _____ = pari ad ore _____

ORE TOTALI _____

Lo stesso riprenderà servizio in data _____

Al fine di garantire la continuità del servizio, indico come sostituto il/la dr./dr.ssa _____
telefono _____, il/la quale è in possesso di idonea specializzazione.

data _____

firma del richiedente _____

In riferimento alla concessione del permesso di cui sopra si esprime:

PARERE FAVOREVOLE

PARERE NEGATIVO

data _____

timbro e firma del responsabile dell'attività _____