

AL DIRETTORE GENERALE
FONDAZIONE PTV
POLICLINICO TOR VERGATA
SEDE

Il sottoscritto Prof./Dott. _____,
qualifica _____ nato a _____ il
____/____/____, in servizio presso _____, comunica che nei
giorni sottoindicati usufruirà:

| | | | |
|---|------------------|-----------------------|----------------------|
| Congedo straordinario per motivi di salute (max 45 giorni in un anno) | per gg. _____ | dal ____/____/20__ | al ____/____/20__ |
| Congedo parentale (art. 32 D.Lgs. 151/2001) regolarmente autorizzato con provvedimento dell'Università Tor Vergata | per gg. _____ | dal ____/____/20__ | al ____/____/20__ |
| Congedo straordinario per elezioni | per gg. _____ | dal ____/____/20__ | al ____/____/20__ |
| Congedo straordinario per matrimonio | per gg. _____ | dal ____/____/20__ | al ____/____/20__ |
| Aspettativa per motivi di salute (non più di 18 mesi consecutivi) | per gg. _____ | dal ____/____/20__ | al ____/____/20__ |
| Astensione obbligatoria per maternità/interdizione anticipata/Ispettorato Lavoro (artt., 16 comma 1, art. 20 e art. 17 D.Lgs. 151/01), regolarmente autorizzata con provvedimento dell'Università Tor Vergata | per gg. _____ | dal ____/____/20__ | al ____/____/20__ |
| Permesso giornaliero ai sensi dell'art. 33 L. 104/92 | per gg. _____ | dal ____/____/20__ | al ____/____/20__ |
| Altre cause (da utilizzare solo in casi eccezionali): _____ | per gg. _____ | dal ____/____/20__ | al ____/____/20__ |

Con osservanza.

VISTO
Il Docente
Responsabile di _____
Prof. _____

Roma, ____/____/____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
