

AL DIRETTORE GENERALE  
FONDAZIONE PTV  
POLICLINICO TOR VERGATA  
SEDE

Il sottoscritto Prof./Dott. \_\_\_\_\_,  
qualifica \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_, chiede  
l'autorizzazione ad usufruire di:

Congedo ordinario (ferie)	per gg. _____	dal ____/____/20__	al ____/____/20__
Congedo straordinario per esposizione rischio radiologico (15 giorni consecutivi)	per gg. _____	dal ____/____/20__	al ____/____/20__
Ferie rischio Anestesiologico (8 giorni consecutivi)	per gg. _____	dal ____/____/20__	al ____/____/20__
Festività soppresse anno _____	per gg. _____	dal ____/____/20__	al ____/____/20__
Congedo straordinario per motivi di famiglia	per gg. _____	dal ____/____/20__	al ____/____/20__
Partecipazione a congressi, corsi, seminari, convegni, ECM, eventi e meeting scientifici	per gg. _____	dal ____/____/20__	al ____/____/20__
Recupero Ore	per gg. _____	dal ____/____/20__	al ____/____/20__

Con osservanza.

SI AUTORIZZA E SI ASSICURA  
LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
Il Docente  
Responsabile di \_\_\_\_\_  
Prof. \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE  
\_\_\_\_\_