

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
