

AL DIRETTORE GENERALE
FONDAZIONE PTV
POLICLINICO TOR VERGATA
SEDE

Il sottoscritto Prof./Dott. _____,
qualifica _____ nato a _____ il
____/____/_____, in servizio presso _____, comunica
che con provvedimento in data _____ dell'Università degli Studi Tor Vergata nei
giorni sottoindicati è stato autorizzato ad usufruire di:

Aspettativa senza assegni per motivi di famiglia/personali	per gg. _____	dal ____/____/20__	al ____/____/20__
Aspettativa ex art. 12 o art. 13 o art. 17 DPR 382/80;	per gg. _____	dal ____/____/20__	al ____/____/20__
Aspettativa ex art. 7 commi 1 e 2 L. 240/2010;	per gg. _____	dal ____/____/20__	al ____/____/20__
Congedo straordinario per motivi di studio e ricerca ex art. 10 Legge 311/58 - ex art. 8 L. 349/58	per gg. _____	dal ____/____/20__	al ____/____/20__
Altre cause (da utilizzare solo in casi eccezionali): _____	per gg. _____	dal ____/____/20__	al ____/____/20__

Con osservanza.

VISTO DI CONFERMA E SI ASSICURA
LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE
Il Docente
Responsabile di _____
Prof. _____

Roma, ____/____/____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
