

**POLICLINICO TOR VERGATA**

**DIPARTIMENTO RISORSE UMANE E RELAZIONI  
SINDACALI  
SEDE**

Il/La sottoscritto Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ n. matricola \_\_\_\_\_  
titolare di rapporto regolato dall'ACN del 17/12/2015 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti e  
le altre professionalità ambulatoriali con incarico a tempo indeterminato nella  
branca/disciplina \_\_\_\_\_ in servizio presso la  
UOC/Struttura \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

permesso retribuito **a giornate intere** (ferie) ai sensi dell'art. 31 cc. 1,2 e 3 dell'A.C.N.  
17.12.2015 (l'80% del maturato) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

permesso retribuito **a ore** (ferie) ai sensi dell'art. 31 cc. 1,2 e 3 dell'A.C.N. 17.12.2015 (**20% del  
maturato**) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_

gg. \_\_\_\_ permesso annuale retribuito per rischio radiologico (ferie RX) co. 4 dell'art. 31 (1)  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_

**(1) il permesso retribuito per rischio radiologico deve essere obbligatoriamente fruito in unica soluzione entro l'anno di maturazione nel quale sono comprese le festività e i giorni non lavorativi.**

Data, \_\_/\_\_/201\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

- Nulla Osta**  
 **Non si autorizza per la seguente motivazione** \_\_\_\_\_

**Direttore/Responsabile**

**Direzione Sanitaria**