

POLICLINICO TOR VERGATA

DIPARTIMENTO RISORSE UMANE E RELAZIONI
SINDACALI
SEDE

Il/La sottoscritto Dr./Dr.ssa _____ n. matricola _____
titolare di rapporto regolato dall'ACN 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

recupero delle ore autorizzate **nell'ambito del budget assegnato al Dipartimento/Unità Operativa/Struttura di afferenza** (entro e non oltre i 2 mesi successivi a quello di riferimento)
dal _____ al _____ per n. ore _____

Periodo di assenza per congedo matrimoniale co. 9 dell'art. 31 (gg. 15 consecutivi non festivi) ⁽¹⁾
dal _____ al _____

Permesso per fruire dei permessi ai sensi del co. 3, art. 33 Lg. 104/92 (art. 32 c. 7 ACN
17.12.2015) ⁽²⁾ dal _____ al _____ per n. ore _____

permesso retribuito **a giornate intere** per partecipazione a corsi/convegni ai sensi dell'art. 38 c.8
(80% del maturato) dal _____ al _____

permesso retribuito **a ore** per partecipazione a corsi/convegni ai sensi dell'art. 38 c.8 (20% del
maturato) dal _____ al _____ per n. ore _____

⁽¹⁾ allegare la relativa documentazione

⁽²⁾ allegare documentazione (titolo di viaggio o idonea certificazione attestante il raggiungimento del luogo ove risiede l'assistito)

Data, __/__/201__

Firma leggibile _____

Visto
 Nulla Osta
 Non si autorizza per la seguente motivazione _____

Direttore/Responsabile
