

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

Permesso retribuito per svolgere attività istituzionale presso le commissioni seggi elettorali⁽¹⁾
dal _____ al _____

Permesso retribuito per attività (specificare)⁽¹⁾
.....
dal _____ al _____

(1) allegare la relativa attestazione di convocazione a cui dovrà seguire attestazione della effettiva presenza rilasciata dall'Amministrazione presso cui si è prestata l'attività di tipo istituzionale o altra attività da specificare

Data, __/__/201__

Firma leggibile _____

Visto

Direttore/Responsabile
