

Al _____

Oggetto: **RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO (ART. 33 ACN 31.03.2020)**

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa _____
quale specialista ambulatoriale interno, branca _____
con incarico a tempo indeterminato/determinato per n. _____ ore settimanali presso il presidio di:

CHIEDE

di usufruire, a norma dell'art. 33 dell'A.C. 31.03.2020 e compatibilmente con le esigenze di servizio di n. _____ giorni di

PERMESSO RETRIBUITO per i periodi:

dal ___/___/___ al ___/___/___ =	pari ad ore	_____
dal ___/___/___ al ___/___/___ =	pari ad ore	_____
dal ___/___/___ al ___/___/___ =	pari ad ore	_____
	ORE TOTALI	_____

Lo stesso riprenderà servizio in data ___/___/___

Al fine di garantire la continuità del servizio, indico come sostituto il dr. _____
telefono _____

data _____ firma del richiedente _____

In riferimento alla concessione del permesso di cui sopra si esprime:

- PARERE FAVOREVOLE
- PARERE NEGATIVO poichè il servizio rimarrebbe momentaneamente sospeso non essendo assicurata alcuna sostituzione pregiudicando le necessità assistenziali e tenuto conto del mancato preavviso di 30 gg

data _____ timbro e firma del responsabile dell'attività _____