

Al _____

Oggetto: **RICHIESTA ASSENZA NON RETRIBUITA (ART. 35 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. 35 dell'A.C. 30.03.2020, di n. _____ giorni di **PERMESSO NON RETRIBUITO** secondo la seguente motivazione:

Periodi di assenza:

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 _____, il quale è in possesso di idonea specializzazione.

data _____ firma del richiedente _____

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

- PARERE FAVOREVOLE
 PARERE NEGATIVO

data _____ timbro e firma del responsabile dell'attività _____