

PERMESSO PER VISITE SPECIALISTICHE ED ALTRE PRESTAZIONI SANITARIE

Art. 44, comma 1, 5 e 11, CCRL 2016/2018 - Art. 55 septies, comma 5 ter, D. lgs. 165/2001

REGIONE SICILIANA

Al Servizio / Area

SPAZIO
RISERVATO AL
PROTOCOLLO

Protocollo numero

Data protocollo

DATI DEL
RICHIEDENTE

Cognome

Nome

SEDE DI SERVIZIO
E RUOLO

Assessorato

Dipartimento / Ufficio speciale

Area/ Servizio/ Ufficio

Ruolo

RICHIESTA

CHIEDE

di essere collocato in permesso retribuito (18 ore annue)
ai sensi dell'Art. 44, comma 1 e 5, CCRL 2016/2018

giorno dalle ore alle ore totale ore residuo ore

di essere collocato in premesso retribuito da computare come assenza per malattia
ai sensi dell'Art. 44, comma 11, CCRL 2016/2018 e ai sensi dell'Art. 55 septies, comma 5 ter, D.lgs. 165/2001

dal giorno al giorno totale ore residuo ore

Il/La sottoscritto/a produrrà, non appena acquisita, certificazione giustificativa

SOTTOSCRIZIONE

Luogo

Data

Firma

AUTORIZZAZIONE

Il Dirigente dell'Area o del Servizio / Il Dirigente Generale