

al Direttore / Responsabile struttura di afferenza

**RICHIESTA DI ANNULLAMENTO PERMESSO RETRIBUITO
E/O NON RETRIBUITO
(ai sensi degli artt. 33 e 35 dell'A.C.N. del 31/03/2020 e s.m.i.)**

Il/la sottoscritto/a dr. _____
specialista ambulatoriale interno/professionista con incarico presso questa Azienda ULSS a
tempo determinato/indeterminato/provvisorio/di sostituzione per la branca di _____
_____, presso _____,

chiede gli venga annullato il seguente permesso:

- retribuito
 non retribuito

per i seguenti periodi:

dal _____ al _____ per totali n. _____ ore
dal _____ al _____ per totali n. _____ ore
dal _____ al _____ per totali n. _____ ore

(firma dello specialista / professionista)

Si esprime parere:

- favorevole
 sfavorevole

Lugo, data _____

IL DIRETTORE/RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA

(timbro e firma)

Note:

- ai sensi dell'art. 33, co. 2, dell'A.C.N. del 31/03/2020 e s.m.i. la richiesta di permesso retribuito va inoltrata con un preavviso di 30 (trenta) giorni;
- ai sensi dell'art. 35, co. 6, dell'A.C.N. del 31/03/2020 e s.m.i., la richiesta di permesso non retribuito, salvo il caso di inderogabile urgenza, con un preavviso di almeno 15 (quindici) giorni;
- per gli specialisti/professionisti che hanno aderito al Patto Aziendale si richiamano le condizioni ivi contenute.

Trasmettere via email a presenzesai@aulss2.veneto.it

e p.c. al C.U.P./C.O.P. dell'Azienda ULSS n. 2
Distretto di Appartenenza