

Al Direttore / Responsabile struttura di afferenza

RICHIESTA PERMESSO RETRIBUITO – LEGGE 104
(ai sensi dell’art. 34, co. 7, dell’A.C.N. del 31/03/2020 e s.m.i.
e dell’art. 33, co. 3, della legge n. 104/1992)

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 la fruizione del permesso indicato in oggetto:

dal _____ al _____ per totali n. _____ ore

dal _____ al _____ per totali n. _____ ore

dal _____ al _____ per totali n. _____ ore

Luogo, data _____

(firma dello specialista / professionista)

IL DIRETTORE / RESPONSABILE DELL’UNITÀ OPERATIVA

(timbro e firma)

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