

Al Direttore / Responsabile struttura di afferenza

---

**RICHIESTA 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 concesso 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

Luogo, data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma dello specialista / professionista)

Si esprime parere:

- favorevole  
 sfavorevole

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 all'Accordo Attuativo Aziendale (Patto), si richiamano le condizioni ivi contenute.

---

Trasmettere via email a [presenzesai@aulss2.veneto.it](mailto:presenzesai@aulss2.veneto.it)

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