

Al Direttore / Responsabile struttura di afferenza

PERMESSO ORE SVOLGIMENTO ATTIVITÀ SINDACALE
(ai sensi dell'art. 15 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 _____, comunica il seguente permesso sindacale:

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