



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2
Lanciano-Vasto-Chieti

Via dei Vestini snc - Palazzina N (ex palazzina Se.BI) - 66100 CHIETI
Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

Data _____

Al Direttore / Dirigente responsabile / Coordinatore

U.O. _____

RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO PER L'ESPLETAMENTO
DI VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI

Il/la sottoscritto/a _____ Matr. _____

dipendente presso codesta U.O. in qualità di _____

- Tempo indeterminato
- Tempo determinato (contratto di durata non inferiore a 6 mesi continuativi comprensivi anche di proroghe)

CHIEDE

di assentarsi dal servizio per l'espletamento
di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici
- Art. 40 del CCNL del 21/05/2018 – Personale Comparto Sanità -
- Art. 40 del CCNL del 19/12/2019 – Personale della Dirigenza Sanitaria -
(Massimo 18 ore annue)

Il giorno _____

Dalle ore _____ alle ore _____

**Si riserva di allegare alla presente attestazione della struttura che ha svolto la visita,
con specifica indicazione dell'orario.**

Firma del dipendente

Il Direttore / Dirigente responsabile / Coordinatore

TIMBRO E FIRMA