

MEDICINA DEI SERVIZI

DISTRETTO _____

PRESIDIO DI _____

Data _____

Il/la sottoscritto/a dr./ssa _____

chiede di poter usufruire di un permesso non retribuito nei seguenti giorni

dal _____ al _____

per complessive ore _____

**RICHIESTA
PERMESSO
NON
RETRIBUITO**



**SOC Pediatri
di famiglia e
Specialistica
ambulatoriale**

Via S. Salvi, 12
Villa Fabbri
50135 Firenze

Il Richiedente _____

Il Responsabile del Servizio _____