

Al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oggetto: **RICHIESTA ASSENZA NON RETRIBUITA (ART. 35 ACN 31.03.2020)**

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_  
quale specialista ambulatoriale interno, branca \_\_\_\_\_  
con incarico a tempo indeterminato/determinato per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali presso il presidio di:  
\_\_\_\_\_

CHIEDE

di usufruire, a norma dell'art. 35 dell'A.C. 30.03.2020, di n. \_\_\_\_\_ giorni di **PERMESSO NON RETRIBUITO** secondo  
la seguente motivazione:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Periodi di assenza:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ = pari ad ore \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ = pari ad ore \_\_\_\_\_

ORE TOTALI \_\_\_\_\_

Lo stesso riprenderà servizio in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Al fine di garantire la continuità del servizio, indico come sostituto il dr. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_, il quale è in possesso di idonea specializzazione.

data \_\_\_\_\_ firma del richiedente \_\_\_\_\_

In riferimento alla concessione del permesso di cui sopra si esprime:

- PARERE FAVOREVOLE  
 PARERE NEGATIVO

data \_\_\_\_\_ timbro e firma del responsabile dell'attività \_\_\_\_\_