

N. Prot

Al Direttore/Dirigente Responsabile

U.O. _____
Sede _____

OGGETTO: COMUNICAZIONE DEL DIPENDENTE DIRIGENTE DI ASSENZA DAL LAVORO.

Il sottoscritto _____ Matr. N. _____
profilo professionale _____ comunica
la propria assenza dal lavoro per n. _____ gg. a titolo di:

- Ferie ordinarie: anno _____ dal _____ al _____;
- Festività Soppresse: dal _____ al _____;
- Ferie aggiuntive per rischio radiologico: dal _____ al _____;
(15 gg continuativi)
- Ferie aggiuntive per rischio anestesiologicalo: dal _____ al _____;
(8 giorni continuativi)

Il dipendente _____

SI AUTORIZZA.

NON SI AUTORIZZA PER ESIGENZE DI SERVIZIO:

IL DIRETTORE / DIRIGENTE RESPONSABILE DI U.O.

(timbro e firma)