



# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Azienda Pubblica

Prot. .... del .....

Al Direttore/Dirigente Responsabile  
U.O. \_\_\_\_\_  
SEDE \_\_\_\_\_

## RICHIESTA DEL DIPENDENTE DI ASSENTARSI DAL LAVORO

Il/La sottoscritto/a (cognome): \_\_\_\_\_

(nome): \_\_\_\_\_ (matricola nr.): \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di potersi assentare dal lavoro per n. \_\_\_\_\_ giorni a titolo di:

FERIE ORDINARIE: ANNO \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ANNO \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FESTIVITÀ SOPPRESSE: DAL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FERIE AGGIUNTIVE PER RISCHIO RADIOLOGICO: DAL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FERIE AGGIUNTIVE PER RISCHIO ANESTESIOLOGICO:  
DAL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (8 GG. CONTINUATIVI)

RIPOSO COMPENSATIVO A FRONTE DI ECCEDEZZA ORARIA RESA NELL'ANNO:

DAL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ AL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O DALLE ORE \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_ DEL GIORNO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(IN FASE DI ELABORAZIONE MENSILE DELL'ORARIO DI SERVIZIO RESO, LE RICHIESTE DI RIPOSO COMPENSATIVO AUTORIZZATE IN SITUAZIONI DI CARENZA ORARIA SARANNO TRASFORMATE IN GIORNI DI FERIE).

IL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

---

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA PER ESIGENZE DI SERVIZIO

IL DIRETTORE/DIRIGENTE RESPONSABILE DI U.O.

TIMBRO E FIRMA \_\_\_\_\_