

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI PESCARA
Via R. Paolini, 47 - 65124 Pescara

Pescara,

All'Ufficio Rilevazione Presenze
SEDE

Il sottoscritto _____

Matr. _____ Profilo Prof.le _____

- Tempo indeterminato
- Tempo determinato (di durata non inferiore a 6 mesi continuativi)

Assenze per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici art. 40 del CCNL del 19/12/19 – Dirigenza dell'Area Sanità (Massimo 18 ore annue comprensive anche dei tempi di percorrenza da e per la sede di lavoro riproportionate per il rapporto di lavoro a tempo determinato). DEBITAMENTE DOCUMENTATE

Dal _____ al _____

Dalle ore _____ alle ore _____

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA: _____

FIRMA DEL DIPENDNETE _____

Autorizzazione/Visto del Direttore/Dirigente di UO _____