



REGIONE ABRUZZO
Azienda Sanitaria Locale n. 2
Lanciano-Vasto-Chieti

Via dei Vestini snc - Palazzina N (ex palazzina Se.Bi) - 66100 CHIETI
Cod. Fisc. Part. IVA 02307130696

Data _____

Al Direttore / Dirigente responsabile / Coordinatore

U.O. _____

RICHIESTA FERIE/FESTIVITA' SOPPRESSE/RECUPERO ORE

Il/La sottoscritto/a (cognome): _____

(nome): _____ (matricola nr.): _____

CHIEDE

di potersi assentare dal servizio per n. _____ giorni a titolo di:

Ferie/Festività sopresse : anno _____ dal _____ al _____

Ferie aggiuntive per rischio radiologico: dal _____ al _____

Ferie aggiuntive per rischio anestesilogico: dal _____ al _____

Recupero eccedenza oraria (ROAD):

dal _____ al _____

o dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

Recapito _____

IL DIPENDENTE

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA PER LE SEGUENTI ESIGENZE DI SERVIZIO :

Il Direttore / Dirigente responsabile / Coordinatore

TIMBRO E FIRMA