



**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 DI PERMESSO RETRIBUITO PER L'ESPLETAMENTO**  
**DI VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Matr. \_\_\_\_\_

dipendente presso codesta U.O. in qualità di \_\_\_\_\_

- Tempo indeterminato
- Tempo determinato (contratto di durata non inferiore a 6 mesi continuativi comprensivi anche di proroghe)

**CHIEDE**

di assentarsi dal servizio per l'espletamento  
di visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici  
- Art. 40 del CCNL del 21/05/2018 – Personale Comparto Sanità -  
- Art. 40 del CCNL del 19/12/2019 – Personale della Dirigenza Sanitaria -  
(Massimo 18 ore annue)

Il giorno \_\_\_\_\_

Dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**Si riserva di allegare alla presente attestazione della struttura che ha svolto la visita,  
con specifica indicazione dell'orario.**

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_

Il Direttore / Dirigente responsabile / Coordinatore

\_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA