



SEVIZIO
SANITARIO
REGIONALE

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
REGGIO CALABRIA



REGIONE CALABRIA

RICHIESTA FERIE / FESTIVITA'

Modello I

Pag. 1/1

ALLA SEGRETERIA DELL'ARTICOLAZIONE AZIENDALE
Presidio Ospedaliero/Dipartimento Territoriale _____

Il/La sottoscritto/a _____ matricola n. _____
in forza all'Unità Operativa di _____
con rapporto di lavoro a tempo: determinato indeterminato

CHIEDE LA CONCESSIONE DI

	DAL	AL	NUMERO GIORNI
FERIE ANNO (precedente) _____			
FERIE ANNO (in corso) _____			
FESTIVITA' SOPPRESSE			
FERIE RISCHIO RADIOLOGICO			
FERIE RISCHIO ANESTESIOLOGICO			
TOTALE GG.			

RECAPITO NEL PERIODO DI FERIE (da compilare se diverso dalla residenza ove si ritenga opportuno)

Città _____ Prov. _____ Via _____ N. _____

Recapito telefonico _____

Il/La sottoscritto/a, dichiara di essere a conoscenza dell'Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003", e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data _____

Firma _____

IL RESPONSABILE: VISTO SI AUTORIZZA

IL RESPONSABILE: VISTO NON SI AUTORIZZA PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI:
