

 (**Distretto, Presidio, Poliambulatorio, Servizio)**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oggetto: richiesta per**

□ **congedo ordinario** □ **aggiornamento professionale (allegare la locandina)** □ **L.104/92**

**\_\_\_l\_\_\_sottoscritto/a Dott./ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**specialista nella branca di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_chiede per l'anno\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**di usufruire per i giorni (qualora si tratti di periodi non consecutivi)**

**il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_ presidio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_ presidio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_ presidio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_ presidio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dalle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_ presidio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Qualora si tratti di un periodo lungo e consecutivo)**

**Dal giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede di lavoro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**per un totale di ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**si comunica che verrà sostituito/a dal/la Dott./.ssa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ regolarmente iscritto/a nella graduatoria valida per l'anno 2017 del Comitato Consultivo Zonale di Cagliari ai sensi dell'ACN 17/12/2015**

**con il seguente orario\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Luogo Data**

 **IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO**

 **Timbro e Firma**