



ASP RAGUSA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE PROT.

DIREZIONE  
AMMINISTRAZIONE DEL  
PERSONALE

Via Giuseppe Di Vittorio, 51  
97100 RAGUSA

Telefono  
0932 600764

FAX  
0932 228784

EMAIL

WEB

A: Al Direttore della Amministrazione del Personale  
Al Rilevatore di Presenza competente  
Loro sedi

**OGGETTO:** Richiesta preventiva di autorizzazione Permessi per motivi di studio fino a un massimo di 150 ore art. 22 CCNL 07/04/99.

Il /la sottoscritt \_\_\_\_\_

dependente di questa ASP di Ragusa, matr. \_\_\_\_\_, presso l'U.O. / Settore  
\_\_\_\_\_ sede / presidio di \_\_\_\_\_

già autorizzato alla fruizione dei permessi per motivi di studio (150 ore) per  
l'anno solare 2011 chiede di potersi assentare:

nel giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

nel giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

nel giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

giustificando tale assenza con la necessità derivante:

1. dalla frequenza delle lezioni di:

\_\_\_\_\_

2. dal sostenimento dell'esame di:

\_\_\_\_\_

3. altro:

\_\_\_\_\_

(specificare)

data \_\_\_\_\_

FIRMA del dipendente

\_\_\_\_\_

Visto del Direttore U.O. di appartenenza

\_\_\_\_\_