



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
