|  |  |
| --- | --- |
|  | PROVINCIA DI VITERBO |

*Viterbo, / / .*

***Al Dirigente del Settore***

# SEDE

*Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso l’U.O.C./U.O.S. Settore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Ufficio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cat ), secondo quanto stabilito dall’art. 35 del CCNL 21/05/2018, chiede che gli vengano concessi, n.\_\_\_ ore (max. 18 ore annuali, comprensive anche dei tempi di percorrenza da e per la sede di lavoro)*

*il / / dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Per l’espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici* |  |  |

*Allega certificazione*

***Firma del Richiedente***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***nulla osta***

***Il Responsabile del Servizio***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***VISTO : Si autorizza***

***IL DIRIGENTE***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***