

REGIONE LAZIO

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI

Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

REGIONE LAZIO

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI

Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

**ANTICIPO/POSTICIPO**

**RIENTRO**

**Al Direttore UOC Amm.ne del Personale**

**dipendente a convenzione e collaborazioni**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matr. \_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter □ anticipare □ posticipare il **RIENTRO**,

il giorno \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anziché il giorno\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Rieti lì \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ………………..………………………..

 (firma)

Visto si autorizza

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

timbro e firma