

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it  
C.F. e P.I. 00821180577

**Al Direttore UOC Amm.ne del Personale  
dipendente a convenzione e collaborazioni**

**Oggetto: Richiesta PERMESSO STUDIO art. 22 (CCNL integrativo 1998/2001)**

Il / La sottoscritto /a .....matricola.....

In servizio presso .....

Profilo professionale.....

**CHIEDE**

Di poter fruire il giorno ..... di n. ore..... di **Permesso Studio**  
dalle ore..... alle ore .....

Data .....

Firma del Dipendente .....

**La/Il coordinatrice/coordinatore**

.....

**Il DAPS**

.....