logo_regione.jpg

REGIONE LAZIO

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI

Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

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

**RECUPERO ORE**

(Comparto/Dirigenza)

**dipendente a convenzione e collaborazioni**

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

**CHIEDE**

che gli venga concesso, un permesso in **RECUPERO ORE**,

il giorno \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_

Rieti lì \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **………………..………………………..**

(firma)

Visto si autorizza

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

timbro e firma