

CONTROLLI PRENATALI

Al Direttore UOC Politiche del Personale

La Sottoscritta _____ Matr. _____
in servizio presso _____

CHIEDE

Di poter fruire del permesso retribuito il giorno _____ dalle _____ alle _____

Si allega documentazione giustificativa, rilasciata dal medico o dalla struttura sanitaria, attestante data e orario di effettuazione degli esami.

Rieti lì ____/____/____

.....
(firma)

Visto si autorizza
IL DIRIGENTE RESPONSABILE
timbro e firma