

All'Ufficio Rilevazione Presenze
Servizio Gestione e Sviluppo del Personale
Azienda Ospedaliero-Universitaria

COMUNICAZIONE DI ASSENZA PER FERIE O PER ALTRE RAGIONI IN REGIME DI SERVIZIO DEGLI
SPECIALIZZANDI

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

affidente all'U.O. di _____

comunica che sarà assente, in quanto autorizzato, nel seguente periodo _____

per un totale di giorni lavorativi pari a _____

L'assenza in regime di servizio è motivata da:

- Ferie _____
- Congresso (denominazione e luogo) _____
- Missione (motivazione e luogo) _____
- Attività didattica (luogo) _____
- Attività di ricerca (luogo) _____
- Partecipazione a commissione concorsuale (luogo) _____
- Altro (specificare) _____

Firma _____

Visto per l'autorizzazione

Il Direttore dell'U.O. _____

Parma, _____