



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UNICO
Unità Operativa "Gestione Trattamento Economico
Personale Dipendente, a Contratto e Convenzionato

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ in qualità di
medico specialista titolare convenzionato nella branca di _____
presso il Distretto di _____

C H I E D E

di assentarsi dal servizio per:

PERMESSO NON RETRIBUITO

dal _____ al _____

Motivo _____

Data, _____

(firma del richiedente)

Si autorizza:
Il Responsabile M.O. Specialistica
