

*Al Dirigente del Servizio*

\_\_\_\_\_

**e.p.c. Ufficio Personale**

**SEDE**

**OGGETTO: Richiesta di permesso retribuito per visite, terapie, esami diagnostici art. 35.**

Il/la sottoscritto/a....., nato/a a .....,  
il ...../...../....., residente a ....., via .....,  
n....., dipendente di codesta amministrazione, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato,  
determinato, pieno, parziale, inquadrato nella cat.\_\_\_\_\_ posizione economica .....,  
profilo professionale ....., in relazione a quanto disposto dall'art. 35, C.C.N.L.  
21 maggio 2018;

**CHIEDE**

permesso per l'effettuazione di visite mediche, terapie, prestazioni specialistiche ed esami diagnostici  
nel giorno ...../...../....., dalle ore ..... alle ore .....

**ALLEGA**

attestazione di presenza presso la struttura sanitaria presso la quale è stata svolta la visita o la  
prestazione.

....., lì ...../...../.....

Il/La Dipendente

.....

Il sottoscritto responsabile del servizio, vista la richiesta,

**AUTORIZZA**

Il permesso per visite, terapie, esami diagnostici, richiesto ai sensi dell'art. 35, C.C.N.L. 21 maggio  
2018.

....., lì ...../...../.....

**Il Responsabile del Servizio**

.....