



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 1 CENTRO
DIPARTIMENTO ASSISTENZA OSPEDALIERA
U.O.C. Integrazione Ospedale-Territorio-Emergenza
Direttore: Dott. A. E. Rossi
VIA COMUNALE DEL PRINCIPE 13/A c/o EX OSP. FRULLONE- 80145 - NAPOLI
TEL. 0812544549 Fax 0812549550

Napoli _____

Oggetto: Richiesta di congedo

Il/La sottoscritt _____
dipendente/convenzionat_ di questa U.O. in servizio presso la postazione
di _____ con qualifica di _____
con la presente, rivolge istanza perché gli vengano concessi giorni _____
di congedo _____
con decorrenza dal _____ al _____
durante il suddetto periodo il suo recapito sarà il seguente,

firma

Nulla osta del referente di presidio

In esito alla sua istanza del _____ si comunica che le sono stati
concessi giorni _____ di congedo _____ da fruire dal
_____ al _____

II DIRETTORE