



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA "TOR VERGATA"
DIPARTIMENTO DI MEDICINA DEI SISTEMI

**Al Direttore del Dipartimento di Medicina dei Sistemi
SEDE**

l' sottoscritt _____

in servizio presso _____ con il profilo professionale

_____ chiede di poter usufruire di :

- | | | | | |
|--------------------------|------------------------------|----------------------|---------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | ferie anno precedente | dal ___ / ___ / 2015 | al ___ / ___ / 2015 | per gg. _____ |
| | | dal ___ / ___ / 2015 | al ___ / ___ / 2015 | per gg. _____ |
| <input type="checkbox"/> | ferie anno corrente | dal ___ / ___ / 2015 | al ___ / ___ / 2015 | per gg. _____ |
| | | dal ___ / ___ / 2015 | al ___ / ___ / 2015 | per gg. _____ |
| <input type="checkbox"/> | festività soppresse | dal ___ / ___ / 2015 | al ___ / ___ / 2015 | per gg. _____ |
| | | dal ___ / ___ / 2015 | al ___ / ___ / 2015 | per gg. _____ |
| <input type="checkbox"/> | riposo compensativo | dal ___ / ___ / 2015 | al ___ / ___ / 2015 | per gg. _____ |
| | | dal ___ / ___ / 2015 | al ___ / ___ / 2015 | per gg. _____ |

Roma, ___ / ___ / 2015

Con Osservanza

V. si autorizza: il Responsabile della struttura

- Riservato al Responsabile.***
Ferie rinviate per eccezionali esigenze di servizio di seguito motivate.
