



## UTILIZZO RISERVA MONTE ORE

Il/la sottoscritto/a .....

qualifica .....

S.O.C./S.O.S. di appartenenza .....

dipendente di questa ASL, con contratto:  tempo pieno  tempo definito

**COMUNICA** di usufruire dell'istituto della riserva oraria (4 ore) per la partecipazione al:

**MOMENTO FORMATIVO** .....

.....

**LUOGO** .....

**DATA/E** .....

**SI IMPEGNA** a trasmettere, **entro 60 giorni** dalla realizzazione dell'attività formativa, copia della documentazione giustificativa dell'assenza.

Data ..... Firma .....

Per presa visione:

Il Responsabile della S.O.C./S.O.S. ....