



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.