MOD. TSK 12

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO TRENTINO

Family Audit

Al Dirigente
della struttura di assegnazione
SEDE

OGGETTO: **RICHIESTA PERMESSO VISITA MEDICA SPECIALISTICA E PERMESSO PER CURE, TERAPIE E VISITE IN DEROGA**

Il/La sottoscritto/a_____matricola |__|__|__|__|__|

assegnato/a al Servizio/Dipartimento _____

_____

chiede

☐ permesso per visita medica specialistica - Codice **16**

☐ permesso per cure, terapie e visite in deroga - Codice **1L**
(per gravi patologia previa autorizzazione del servizio per il personale)

il |__|__||__|__| |__||__| numero ore/minuti |__|__||__|__|

dalle ore |__|__||__|__| alle ore |__|__||__|__|.

Si allega certificazione medico specialista con autocertificazione eventuale tempo viaggio.

Trento, _____

IL/LA RICHIEDENTE

_____

Per autorizzazione IL/LA DIRIGENTE *

_____

* O responsabile della struttura organizzativa.