

AI DIRETTORE GENERALE  
Università degli Studi di  
PERUGIA

..l.. sottoscritt. .... Categoria ..... in  
servizio presso ..... tel. ....

chiede la concessione di un periodo di ..... giorni per:

- Ferie** dal ..... al .....
- Festività soppresse** dal ..... al .....
- Ferie per rischio radiologico** dal ..... al .....
- Recupero ore maturate** dal ..... al .....
- Riposo compensativo del .....** dal ..... al .....  
*(art. 29 C.C.N.L. 16.10.2008) – fruibile entro 14 gg.*
- Permesso retribuito per particolari motivi pers./famil. art.48 CCNL 19/04/2018**  
dal ..... dalle ore..... alle ore .....  
del giorno.....
- Permesso retribuito a ore per visite/esami/terap art. 51 CCNL 19/04/2018**  
**(a)** dalle ore..... alle ore .....  
del giorno.....

Perugia,

IL DIPENDENTE

.....

Si autorizza  
II RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

(a) Allegare certificazione medica con attestazione orario