



**OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE
(AREA COMPARTO)**

**RICHIESTA DI PERMESSO RETRIBUITO
PER MOTIVI PERSONALI**

18 ORE ALL' ANNO (personale a tempo pieno)
Personale a part-time (in percentuale)
da presentare entro la data di decorrenza

Genova, _____

All'Ufficio Personale
dell'Ospedale Evangelico Internazionale
Sal. Super. S. Rocchino, 31 a
16122 GENOVA

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

dipendente presso questo Ente in qualità di _____

presso codesto Ente, chiede di poter usufruire, ai sensi dell'art. 21 del CCNL
1.9.95,

___ giorn___ di permesso retribuito, dal _____ al _____,

___ ore___ di permesso retribuito, dal _____ al _____, per

_____.

Distinti saluti.

Visto per conoscenza
il Responsabile)

Allegherò successivamente documentazione.