

Al Magnifico Rettore

e p.c. Al Direttore del Dipartimento di
L O R O S E D I

| | |
|----------------------|--|
| Il/la sottoscritto/a | |
|----------------------|--|

| | | | |
|-----------|--|---|--|
| nato/a il | | a | |
|-----------|--|---|--|

| | | |
|--------------------------|----|------------|
| Residente /Domiciliato/a | in | via/piazza |
|--------------------------|----|------------|

| | |
|-----------|--|
| qualifica | |
|-----------|--|

| | |
|---------------------------------------|--|
| in servizio presso il Dipartimento di | |
|---------------------------------------|--|

| | |
|-------|--|
| Email | |
|-------|--|

| | |
|----------|--|
| telefono | |
|----------|--|

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 68 del D.P.R. n. 3 del 10/01/57, di essere posto in aspettativa per motivi di salute

| | | | | |
|--|-----|--|----|--|
| | dal | | al | |
|--|-----|--|----|--|

Ai sensi dell'art. 37 del D.P.R. n. 3 del 10/01/57, di essere posto in congedo straordinario per motivi di salute

| | | | | |
|--|-----|--|----|--|
| | dal | | al | |
|--|-----|--|----|--|

A tal fine si allega

| | |
|--|--|
| | Certificato medico rilasciato dal medico di famiglia on line o dalla struttura Ospedaliera |
|--|--|

| | |
|--|---------------------------------------|
| | Certificato di ricovero o Day-Ospital |
|--|---------------------------------------|

Palermo,

firma