



Viale Istria, 1
76123 ANDRIA (BT)

Lavoratore
U.O. di appartenenza.....
Sede.....

OGGETTO: RICHIESTA PERIODO FERIALE

Io, sottoscritto/a dipendente di
codesta spett. Società, presso la sede di, reparto
..... sono con la presente a richiedere la cortese
autorizzazione alla fruizione di un periodo feriale dal al
..... previa verifica dalla compatibilità delle stesse con la gestione dei
turni ospedalieri e delle altrui ferie precedentemente richieste e autorizzate.

In attesa di un Vostro riscontro in merito, sono a porgere distinti saluti.

Confermato dal Capo Sala e/o Coordinatore ASL. Lo stesso autorizza o non autorizza la
richiesta del lavoratore sottoscrivendo la presente. L'eventuale autorizzazione o diniego è
legato all'organizzazione per la turnazione e/o sostituzione del personale.

La richiesta va fatta 15 gg prima l'inizio dell'eventuale godimento delle stesse

....., li
(luogo e data)

Il lavoratore

Per autorizzazione
Il coordinatore ASL

SANITASERVICE ASL BAT S.r.l. – Società soggetta al controllo analogo del socio unico ASL BT

Sede legale: 76123 Andria (BT) – Via Fornaci 201

Sede amministrativa: c/o Ospedale L. Bonomo 76123 Andria (BT) – Viale Istria 1 – T. +39 0883 959753 F. +39 0883 299268

Capitale Sociale: Euro 120.000 i.v. – CF e PI: 07026330725 – REA: BA-526182

E-mail: segreteria@sanitaserviceaslb.it

PEC: segreteria@pec.sanitaserviceaslb.it