

All 3



MODULO DI RILEVAZIONE FERIE NON GODUTE

Il sottoscritto _____, medico universitario

convenzionato con l'Azienda ospedaliera _____

di _____, dichiara che la propria situazione riguardante le ferie non godute fino

al 31 dicembre 2005, è pari a giorni* _____

Addi _____

Firma del Docente richiedente

*Il periodo di ferie è da intendersi di 30 o 32 giorni comprensivi delle festività sopprese: 30 per coloro che al 31.12.2005 non hanno ancora maturato tre anni di servizio, 32 per tutti gli altri.