



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI VERONA

Al Magnifico Rettore  
dell'Università degli Studi di Verona

Inviare all'Area personale docente e rapporti con il S.S.N. a mezzo **FAX al n. 045/802 8753** o all'indirizzo e-mail **servizio.personaledocente@univr.it**

Il sottoscritto Prof./Dott. \_\_\_\_\_  
in servizio presso il Dipartimento di \_\_\_\_\_ comunica che sarà  
assente per:

- FERIE** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- FERIE AGGIUNTIVE RISCHIO RADIOLOGICO (Art. 29 CCNL 8/6/2000)**  
**15 giorni aggiuntivi di ferie** da fruirsi in unica soluzione e non comprensivi delle domeniche e delle  
altre festività ricadenti nel periodo: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- FERIE AGGIUNTIVE MEDICI ANESTESISTI (Art. 39 CCNL 8/6/2000)**  
**8 giorni aggiuntivi di ferie** da fruirsi in unica soluzione: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- MISSIONE FUORI SEDE** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

Autorizzazione del Responsabile  
assistenziale U.O.C.

Autorizzazione del Direttore di  
Dipartimento universitario

- MALATTIA/PROSECUZIONE MALATTIA** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- INFORTUNIO** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
(*descrizione particolareggiata delle cause e circostanze*): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verona, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_