

**OGGETTO: Richiesta periodo di assenza non retribuita ex art. 33 ACN/2015**

Con la presente il sottoscritto dr....., specialista  
convenzionato titolare di incarico a tempo.....operante  
nella ..... branca ..... di.....  
presso..... chiede di essere autorizzato ad usufruire di  
un periodo di assenza non retribuita dal giorno.....al giorno  
.....

La richiesta è giustificata dai seguenti motivi:

---

---

---

e documentata dai seguenti allegati:

- a- \_\_\_\_\_  
b- \_\_\_\_\_  
c- \_\_\_\_\_

Allo scopo indica in qualità di sostituto il dr.....

Residente a .....Prov.....

Via ..... n..... Cap.....tel.....

il quale, opportunamente interpellato, si è dichiarato disposto ad accettare l'incarico di supplenza.

.....li.....

*firma*.....

**U.O.C. Gestione  
Specialisti  
Ambulatoriali e  
Contratti Atipici**

Livorno 0586/223716  
[simona.balluchi@](mailto:simona.balluchi@uslnordovest.toscana.it)  
uslnordovest.toscana.it

Pisa 050/954295  
serena.dilda@  
uslnordovest.toscana.it

Lucca 0583/449884  
evita.bandiera@  
uslnordovest.toscana.it

Viareggio 0583/449143  
raffaella.guidi@  
uslnordovest.toscana.it

Massa 0585/657531  
[roberta.gussoni@uslnordo](mailto:roberta.gussoni@uslnordovest.toscana.it)  
[vest.toscana.it](mailto:vest.toscana.it)

Azienda Usl  
Toscana nord ovest  
*sede legale*  
via Cocchi, 7  
56121 - Pisa  
P.IVA: 02198590503

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: PISTOLESI MAIDA

DATA FIRMA: 19/07/2019 15:59:10

IMPRONTA: 62323039373330616638386461376233353564373738616464616464343531333537663330303536