

___ I ___ Sottoscritt ___
COGNOME NOME

CHIEDE al Direttore Amministrativo dell'Università degli Studi del Molise di poter usufruire di :

<input type="checkbox"/> FERIE anno _____ n. giorni _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
<input type="checkbox"/> FESTIVITÀ SOPPRESSE (4 giorni / anno) n. giorni _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

<input type="checkbox"/> PERMESSO PER VISITA MEDICA (max 4 ore / anno) in data ____/____/____ dalle ore ____:____ alle ore ____:____
<input type="checkbox"/> Omesse/Errate Timbrature in data ____/____/____ in entrata alle ore ____:____ causale _____ in uscita alle ore ____:____ causale _____

Campobasso, li _____

VISTO SI AUTORIZZA

_____ firma leggibile