

Al Direttore Generale
Università degli Studi del Molise
S E D E

Oggetto: **Richiesta permesso retribuito orario per la somministrazione
del Vaccino Covid-19**

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso _____

C H I E D E

un permesso retribuito in base al D.L. del 22.03.2021 n. 41 – art. 31 comma 5

per il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____.

Allega alla presente Certificazione di avvenuta vaccinazione.

Data, _____

Firma

VISTO: Si autorizza

Il Responsabile del Settore Gestione Personale
Tecnico-Amministrativo
(Dott. Francesco Sanginario)
