



Al Direttore Generale  
dell' Università degli Studi di Padova

**Permesso per l'espletamento di visite, terapie,  
prestazioni specialistiche od esami diagnostici**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_ di questa  
Università, con contratto di lavoro  a tempo determinato  indeterminato e con regime  
orario pari a n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

CHIEDE

di poter fruire di un permesso retribuito ex art. 51 CCNL stipulato il 19.04.2018, per  
l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici per la  
durata di ore \_\_\_\_\_ dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_ per un totale di ore  
\_\_\_\_\_.

di imputare a malattia l'assenza ai sensi dell'art. 51 comma  11  12  14

Si impegna a produrre la documentazione giustificativa.

Luogo, data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Visto: Il Responsabile