

**DIPENDENTI I.S.S. - DOMANDA DI ANNULLAMENTO, RIENTRO
ANTICIPATO PART-TIME POST-PARTUM**

Tariffa per diritto di pratica

Avviata in forma analogica
€. 10,00

Avviata in forma elettronica
€. 5,00

(Vedi ord. 1/2022 C. d. S.)

San Marino, lì _____ Preg.mi:

Direttore UOC _____ **Responsabile UOS** _____

Caposala/Referente _____ **Coordinatore del Personale delle Professioni
Infermieristiche Tecniche e Socio Sanitarie**

Il/La sottoscritto/a _____ Cod. I.S.S. _____

dipendente I.S.S. con la qualifica di " _____ " occupato/a
presso _____

avendo richiesto un periodo di part-time post-partum dal _____ al _____

chiede l'**annullamento** di tale domanda

di poter **ripristinare l'orario di servizio a tempo pieno**, a far data dal _____ ,

in quanto sono venute a mancare le motivazioni che ne hanno determinato la richiesta.

La presente domanda, corredata di ricevuta di pagamento in applicazione dell'ordinanza C.d.S. 1/2022, viene esibita all'Ufficio Personale e Libera Professione, in data _____ nei termini previsti dalla Legge.

Recapito Telefonico dipendente _____ Il/La dipendente _____

RISERVATO ALL'UFFICIO DEL PERSONALE E LIBERA PROFESSIONE

Vista la domanda del/della Sig./Sig.ra _____ si dichiara che
risulta conforme alla Legge vigente.

Data _____

Ufficio Personale e Libera Professione

RISERVATO AL DIRETTORE UOC, RESPONSABILE UOS, CAPOSALA, COORDINATORE PPITSS

Vista la richiesta del/della dipendente _____ considerate le
esigenze di servizio, si autorizza non si autorizza.

Data _____

Firma _____

Data _____

Firma _____