



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
N° 1 DI AGRIGENTO**

Sede Legale: Viale della Vittoria, 321 - Tel. 0922 407111
P.Iva e C.F. 02570930848

U.O.C. Servizio Risorse Umane

Al Direttore dell'U.O.
(U.O. di Appartenenza)

All'Ufficio Rilevazione
Presenze del:

(Ufficio di appartenenza)

Oggetto: RINUNCIA CONGEDO PARENTALE per il figlio/a _____

Il/la sottoscritto/a _____

In servizio c/o – U.O. _____ di _____

Con il profilo di _____

con contratto a tempo () determinato () indeterminato

DICHIARA

Di **RINUNCIARE** al Congedo parentale precedente richiesto

- (A giorni) Dal _____ al _____
- (A ore) Ore _____ Del _____
Ore _____ Del _____
Ore _____ Del _____

Per _____

(RIPORTARE LA MOTIVAZIONE)

Firma

Data _____
