INAF

ISTITUTO NAZIONALE DI ASTROFISICA
OSSERVATORIO ASTRONOMICO DI CAPODIMONTE

Al direttore
dell'Osservatorio Astronomico di Capodimonte

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso codesto Osservatorio

chiede la concessione de___ seguent___ permess___

per ◯ recupero ore ordinarie ◯ recupero ore straordinarie ◯ Visita medica

◯ gravi motivi personali o familiari ◯ motivi personali

G	M	A	DALLE	ALLE

G	M	A	DALLE	ALLE

Napoli, _____

Firma

_____

Visto si autorizza

La Direttrice
Dott. Marcella Marconi

_____

INAF-OAC. Ufficio del Personale
tel : 0815575510 - 516 ; fax : 0815575433