

Al Direttore  
dell'U.O. C. Risorse Umane  
dell'Azienda Ospedaliera  
*Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello*  
Palermo

  1   sottoscritt\_ \_\_\_\_\_, dipendente di  
questa Azienda Ospedaliera, in servizio presso \_\_\_\_\_  
del P.O. \_\_\_\_\_ con la qualifica di  
\_\_\_\_\_ e numero di matricola \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, recapito tel.  
\_\_\_\_\_, essendo beneficiari\_ dei 3 gg di permessi mensili retribuiti  
previsti dalla Legge n. 104/92, secondo quanto previsto dall'art. 38 (comma 2) con  
determina n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### **C H I E D E**

di essere esonerat\_ dal lavoro notturno ai sensi dell'art. 53 comma 3 del D. Lgs.  
26/03/2001 n.151, per assistere il familiare sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_  
al quale è stat\_ riconosciut\_ la condizione di disabilità grave dalla Competente  
Commissione Medica dell'ASP/INPS di \_\_\_\_\_ nella seduta  
del \_\_\_\_\_;

Palermo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_  
PRESA VISIONE DEL RESPONSABILE  
\_\_\_\_\_