MODULO

Al Servizio Gestione Risorse Umane
ASSL di _____
Mail: _____.it

Oggetto : Richiesta di visita fiscale domiciliare

Dati relativi al dipendente assente dal servizio per malattia:

Matricola: _____
Nominativo: _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____in via _____
Domicilio (*se diverso da residenza*): _____
Periodo relativo all'assenza per malattia: dal _____ al _____
Se si tratta di "continuazione" di malattia specificare: dal _____

La presente richiesta è trasmessa dal Servizio/Unità Operativa
_____

Allegato: certificato del medico si ☐ no ☐

Data _____

_____
Firma e timbro del Direttore /Responsabile della Struttura