

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio presso _____ dell'Istituto in
qualità di _____

CHIEDE

alla S.V. la concessione di gg. _____ di assenza per:

malattia (*)

dal _____	al _____
-----------	----------

se trattasi di INFORTUNIO il sottoscritto dichiara che

- l'assenza è dovuta ad infortunio causato da terzi responsabili;
- l'assenza non è dovuta ad infortunio causato da terzi responsabili

permesso Legge 104/92

dal ____/____/____	al ____/____/____
--------------------	-------------------

permesso per i seguenti motivi di famiglia : _____

- Si allega relativa autocertificazione
- Si riserva di presentare la relativa certificazione.

dal ____/____/____	al ____/____/____
--------------------	-------------------

dal ____/____/____	al ____/____/____
--------------------	-------------------

- Si allega relativa certificazione

Leonessa,
(data)

(firma)

**(*) se trattasi di DAY HOSPITAL deve essere prodotta relativa certificazione
rilasciata dalla struttura sanitaria**

Recapito:

