

Mod.3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 del DPR 28.12.2000 n. 445)

La sottoscritta _____
(Cognome e Nome)

nata a _____ il ____ / ____ / ____ residente a _____

Prov. _____ indirizzo _____ cap. _____

Telef.: _____ Codice Fiscale _____

consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi
speciali in materia (art. 76 del DPR 28.12.2000 n. 445)

DICHIARA

1) DI ESSERE DIPENDENTE DELLA DITTA _____

CON SEDE IN _____

CON LA QUALIFICA DI _____

CON RAPPORTO DI LAVORO:

A TEMPO INDETERMINATO

A TEMPO DETERMINATO FINO AL ____ / ____ / ____

STAGIONALE

ALTRO (specificare) _____

PRIMO GIORNO DI ASSENZA DAL SERVIZIO ____ / ____ / ____

oppure

2) DI ESSERE EX DIPENDENTE DAL ____ / ____ / ____ DELLA DITTA _____

CON SEDE IN _____ CON LA QUALIFICA DI _____

DATA ____ / ____ / ____

Firma Leggibile

N.B.: allegare copia documento d'identità in corso di validità non autenticata

**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI RIETI
DISTRETTO N° 1 MONTEPIANO REATINO
VIA DELLE ORTENSIE, 28
02100 RIETI**

La sottoscritta _____

nata a _____ il ____ / ____ / ____

residente in _____

Via/Piazza _____

domiciliata in _____

Via/piazza _____ n. _____

telefono _____

in servizio presso _____

con la qualifica di _____

CHIEDE

l'interdizione anticipata dal lavoro ai sensi dell'art. 17, comma 2°, lett. a) del D. Lgs
26/03/01 n. 151, di giorni n° _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
come da allegato certificato medico.

Rieti ____ / ____ / ____

Firma

<input type="checkbox"/>	Inizio
<input type="checkbox"/>	prolungamento

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

<input type="checkbox"/>	Data presentazione istanza
<input type="checkbox"/>	Provv. n.
<input type="checkbox"/>	Dal _____ al _____
<input type="checkbox"/>	D.P.P.



ASL
RIETI



AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI
Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
C.F. e P.I. 00821180577

UOSD MEDICINA LEGALE
0746/278646 *medicinalegale@asl.rieti.it*

Prot. _____

Rieti, _____

La sottoscritta _____

Nata a _____ *il* ____ / ____ / ____

Residente in _____

Via /P.zza _____ *n,* _____

Domiciliata in _____

Via /P.zza _____ *n,* _____

Telefono _____

In servizio presso _____

Con la qualifica _____

A seguito della precedente richiesta tendente ad ottenere il riconoscimento dell'interdizione dal lavoro presentata in data ____ / ____ / ____

COMUNICA

L'interruzione di gravidanza avvenuta in data ____ / ____ / ____ come da certificato allegato.

Rieti, ____ / ____ / ____

Firma
