

**ALLA AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI RIETI
DISTRETTO SABINO**

Protocollo	
Data	

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.

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE 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 documento d'identità in corso di validità