REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA
C.F. 01151150867
www.asp.enna.it

All'Ufficio Rilevazione Presenze

_____

COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA

Il/la sottoscritto/a_____matricola_____
Codice Fiscale_____in servizio c/o l'U.O._____
con la qualifica di_____.

COMUNICA

che è assente per malattia dal_____al_____come da certificato medico telematico n. prot. _____del_____.

Dichiara che il proprio recapito durante la malattia è il seguente:

_____

Data_____

Il dipendente

_____