

Modulo di autocertificazione dello stato di malattia

Al Responsabile

.....

Il/la sottoscritto/a

C.I.D. in servizio presso
reperibile nel cedolino paga

DICHIARA

di essersi assentato dal servizio il giorno per malattia.

.....
(data)

.....
(firma)

VISTO il Responsabile

.....