AUTOCERTIFICAZIONE DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI MALATTIA PER VISITA SPECIALISTICA O ESAMI DIAGNOSTICI

__L __ SOTTOSCRITT__ _____

in servizio presso la sede di _____ in qualità di _____ nell'a.s. _____

D I C H I A R A

CHE IL GIORNO _____, DALLE ORE _____ ALLE ORE _____, SI RECHERA' PRESSO _____

_____

PER EFFETTUARE UNA VISITA / ACCERTAMENTI CLINICI.

__L__ SOTTOSCRITT__ si impegna a presentare idonea documentazione a giustificazione dell'assenza per malattia.

DATA _____

FIRMA _____