



Al Direttore dell'Unità Operativa Risorse Umane

Azienda USL - Imola

RICHIESTA DI ATTESTAZIONE DI SOMME NON PERCEPITE

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____

nato/a a _____ il _____

con la qualifica di _____

CHIEDE

attestazione delle somme non percepite nel periodo dal _____

al _____ in quanto assente dal servizio per infortunio

occorsogli/le fuori servizio.

La presente attestazione viene richiesta ad uso _____

Data _____

Firma del dipendente _____

