

Servizio richiedente:

- Direzione Generale
 - Direzione Ospedaliera
 - Direzione Distretto
 - Direzione Servizio infermieristico
 - Direzione Servizio Personale
 - Direttore/ responsabile Unità Operativa _____
- Prot. N° _____ del _____

**All'Unità Operativa Medicina legale
Asl 4**

sede

FAX 0782/470444

Oggetto: Richiesta visita fiscale Sig./sig.ra.....

Con la presente si richiede visita fiscale Ambulatoriale/Domiciliare* per il

sig/sig.ra.....

nato/ ail..... dipendente

presso il Servizio..... nella posizione funzionale

di.....

Il dipendente ha comunicato in data.....

Di non poter prestare la propria attività lavorativa a causa di malattia della durata di giorni.....con decorrenza dal

La prosecuzione dello stato di malattia iniziato il.....per ulteriori giorni.....dal.....

Recapito durante la malattia:

Città..... Via.....

N° civico.....

Telefono.....

Firma.....

* deppennare la voce che non interessa
