

**AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE DI RIETI
DISTRETTO N° 3 SALARIO
VIALE EUROPA 13
02037 POGGIO MOIANO (RI)**

La sottoscritta _____

nata a _____ il ____/____/____

residente in _____

Via/Piazza _____

domiciliata in _____

Via/piazza _____ n. _____

telefono _____

in servizio presso _____

con la qualifica di _____

CHIEDE

l'interdizione anticipata dal lavoro ai sensi dell'art. 17, comma 2°, lett. a) del D. Lgs
26/03/01 n. 151, di giorni n° _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
come da allegato certificato medico.

_____, ____/____/____

Firma

<input type="checkbox"/>	Inizio
<input type="checkbox"/>	prolungamento

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

<input type="checkbox"/>	Data presentazione istanza
<input type="checkbox"/>	Provv. n.
<input type="checkbox"/>	Dal _____ al _____
<input type="checkbox"/>	D.P.P.