**MODELLO 10**

Al Dirigente
dell’USR Lombardia
A.T. Varese

Oggetto: Comunicazione assenza per malattia.

Con la presente il/la sottoscritto/a
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
in servizio presso l’Ufficio \_\_\_\_\_ di questo U.S.R. in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
comunica che sarà assente per motivi di salute dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Durante il periodo di assenza il/la sottoscritto/a sarà reperibile

* al proprio usuale domicilio
* oppure al seguente indirizzo

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sarà cura del dipendente produrre idonea certificazione medica attestante lo stato di salute.

Varese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il dipendente

Visto
Il Dirigente