



**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 \_\_\_\_\_

