

Al Responsabile UOG

*(che provvederà ad inoltrarlo all'Ufficio
Amministrazione del Personale)*

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI MALATTIA

Il/la sottoscritto/a

n° matr

dipendente della società Cassa di Risparmio di Parma e Piacenza

assegnato/a all'ufficio

con riferimento all'assenza dal servizio del giorno

DICHIARA

ad ogni effetto di legge e di contratto, di essere stato ammalato/a.

(firma del dipendente)

Data,