

Il sottoscritto dipendente \_\_\_\_\_

**D I C H I A R A**

- che il giorno \_\_\_\_\_ è rimasto assente per malattia.
- che il giorno \_\_\_\_\_ è rimasto assente per malattia dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_
- che dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ (MAX due giorni) è rimasto assente per malattia.

Luogo e data \_\_\_\_\_

In fede

Firma \_\_\_\_\_