****

**COMUNICAZIONE MALATTIA**

|  |  |
| --- | --- |
| PROGETTO |  |
| SEDE |  |

**Oggetto: Comunicazione malattia**

# Il/La volontario/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_, in servizio presso questa sede di assegnazione per lo svolgimento del servizio civile universale, comunica di aver usufruito di n° \_\_\_\_\_ giorni per motivi di salute come da allegato certificato medico

*\_\_\_\_\_\_\_, lì* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Il/La volontario/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Firma per avvenuta ricezione

 Il Responsabile/ L’OLP

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_