COMUNE DI COMMEZZADURA MALATTIA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

(artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ residente in _____ nel Comune di _____ **consapevole delle sanzioni penali previste per le dichiarazioni mendaci e falso in atti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,**

D I C H I A R A

che il giorno_____

o in alternativa

dal giorno _____ al giorno _____

era assente dal serivizio per MALATTIA.

Si allega certificato medico nel caso di malattia superiore a due giorni lavorativi.

Dichiaro inoltre di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/1996, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Commezzadura, FIRMA * **(1)**

_____

*** (1)** Se il modulo viene presentato direttamente all'Ufficio competente, la firma va posta in presenza del dipendente addetto e non va autenticata, mentre se il modulo viene inviato per posta o per fax o tramite una terza persona, lo stesso deve essere firmato ed inviato unitamente alla copia fotostatica di un documento d'identità.