



## 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 nazionale (legge 64/01), comunica di aver usufruito di n° \_\_\_\_\_ giorni per motivi di salute.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### N.B. Allegare certificato medico

Il/La volontario/a \_\_\_\_\_

Firma per avvenuta ricezione

Il Responsabile/ L'OLP \_\_\_\_\_