

Spett.le
PALERMO ENERGIA SPA
UFFICIO RISORSE UMANE
PAGHE E CONTRIBUTI
SEDE

EVENTO MORBOSO PER PATOLOGIA

Il/la sottoscritt _ _____

Nato/a a _____ (Prov. ____) il _____

Residente in _____ via _____ n° _____

DICHIARA

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 26 della succitata legge n. 15/68 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

di essersi sottoposto a visita medica per patologia in data _____

di doversi sottoporre a visita medica per patologia in data _____

c/o la seguente struttura sanitaria _____

di essere stato in malattia per patologia dal _____ al _____

Palermo, li _____

Firma
