

COMUNICAZIONE STATO DI GRAVIDANZA

DATI ANAGRAFICI

COGNOME			NOME		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
MATR./ BADGE	DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA	PROV.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
INDIRIZZO	N.	C.A.P.	COMUNE DI RESIDENZA	PROV.	TELEFONO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
STRUTTURA / DISCIPLINA	IN QUALITA' DI		ATEMPO DETERM	A TEMPO INDETER	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COMUNICA

○ **DI TROVARSI IN STATO DI GRAVIDANZA**

Allega alla presente la certificazione medica indicante la data presunta del parto.

Si impegna a comunicare la data effettiva del parto

Data, _____

Firma _____

RISERVATO ALLA STRUTTURA / DISCIPLINA DI APPARTENENZA

SI PRENDE ATTO

Visto in data _____

IL DIRETTORE / DIRIGENTE / RESPONSABILE ¹

¹ Dipartimento / AF / UOC / UOSD / UOS / Programma

UOC GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE - Trattamento giuridico