

**U.O.C. GESTIONE E SVILUPPO  
RISORSE UMANE**

DA: \_\_\_\_\_

OGGETTO

**RICHIESTA VISITA DI CONTROLLO**

SI CHIEDE L'ACCERTAMENTO DOMICILIARE DI CONTROLLO MEDICO LEGALE PER I SOTTOELENCATI DIPENDENTI ASSENTI DAL SERVIZIO PER INFERMITA':

COGNOME E NOME	DAL	AL	PROGNOSI GG.

NOTE\*:

---

Data \_\_\_\_\_

Il Dirigente/Referente Responsabile

---

**\* indicare il domicilio durante la malattia se diverso dalla residenza.**