Al Direttore/Responsabile

..........................................

Al Responsabile del Servizio infermieristico

..........................................

**UNICA email di spedizione: rilevazionipresenzeasst@asst-santipaolocarlo.it**

**Comunicazione assenza dal servizio ex art. 26, comma 2 D.L. 17.3.2020, n. 18**

Il/la sottoscritto/a ......................................................................matricola n. ..........................................

qualifica ..........................................in servizio presso ...........................................................................

....................................................................................della seguente sede aziendale .............................

....................................................................................:

1. Portatore di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell’articolo 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104
2. Lavoratore in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita, ai sensi dell’art. 3, comma 1 della medesima legge n. 104/1992

**Trasmette giustificativo di assenza rilasciato dalle competenti autorità, ai sensi dell’art.26, comma 2 del D.L. 17.03.2020, n. 18 con il quale informa della propria assenza dal servizio**

Dal …………………..al …………………………………………

Il/La Richiedente

………………………….

Il sottoscritto.......................................................................................in qualità di Direttore/Responsabile della ............................................................................................................., dichiara di aver preso conoscenza.

Il Direttore/Responsabile

………………………….

Pubblicato in: **Qualità/ASST SANTI PAOLO E CARLO/RISORSE UMANE/MODULI RISORSE UMANE**

**Sito aziendale/RISORSE UMANE/MODULISTICA**