



Lavoro e Progresso 93

Soc. Coop. Sociale O.N.L.U.S.

e-mail: lavoroeprogresso93@gmail.com

Tel. e Fax. 0831/431385, Cell. 392/9969980

MODULO DI RICHIESTA FERIE - PERMESSI - MALATTIE

NOME:

COGNOME:

TIPO DI SERVIZIO:

- Anziani e Disabili S.A.D.
- Minori
- A.D.I.
- Integrazione Scolastica

UTENTE:

LUOGO DI LAVORO:

RICHIESTA:

- FERIE
- PERMESSO _____
- MALATTIA

Dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ dalle ore ____:____ alle ore ____:____

Dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ dalle ore ____:____ alle ore ____:____

Dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ dalle ore ____:____ alle ore ____:____

Dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ dalle ore ____:____ alle ore ____:____

Dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ dalle ore ____:____ alle ore ____:____

Note:

Luogo e data, _____

Firma

N.B.: alla richiesta di malattia deve seguire il certificato medico e/o attestazione di ricovero.