



Comune di Bertinoro

ENTE ASSOCIATO

COMUNE DI BERTINORO



Provincia di
Forlì-Cesena

Servizio Associato Gestione del Personale

**MODULO AUTOCERTIFICAZIONE
ORARIO VISITA MEDICA
(solo personale a tempo indeterminato)**

**AL SERVIZIO RISORSE UMANE
E ORGANIZZAZIONE**

Il/La sottoscritto/a _____, dipendente del
Comune di Bertinoro, matricola n. _____ in merito alla richiesta di **permesso per
visita medica** del giorno _____ consapevole delle sanzioni penali,
nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.
76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

Che la visita/prestazione/accertamento diagnostico non poteva essere effettuata al di fuori
dell'orario di servizio in quanto la struttura:

(indicare quale struttura, dettagliando reparto, ambulatorio, ecc., nonché l'eventuale numero telefonico per controlli a campione)

eroga le prestazioni nelle seguenti giornate ed orari:

Data _____

Il/la dipendente
Firma
