



# 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.**