



## COMUNICAZIONE MALATTIA

PROGETTO	
SEDE	

**Oggetto: Comunicazione malattia**

Il/La volontario/a \_\_\_\_\_

nato/aa \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, in servizio presso questa sede di assegnazione per lo svolgimento del servizio civile universale, comunica di aver usufruito di n°

\_\_\_\_\_ giorni per motivi di salute come da allegato certificato medico

\_\_\_\_\_ , il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il/La volontario/a

\_\_\_\_\_

Firma per avvenuta ricezione

Il Responsabile/L'OLP

\_\_\_\_\_