

INABILITÀ TEMPORANEA E TOTALE AL LAVORO
DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO - A_05

Io sottoscritto/a (cognome e nome del dichiarante in nome e per conto del datore di lavoro) _____

_____ dichiaro che il dipendente

Egr. Sig. _____ si trova nella condizione qui
di seguito descritta:

E' tuttora assente dal lavoro per motivi di salute.

Il periodo complessivo della sua assenza risulta essere il seguente:

Dal _____ al _____ Motivo: Infortunio Malattia

Dichiaro inoltre che nel periodo sopraccitato il dipendente non ha mai ripreso l'attività lavorativa.

Luogo e data _____

Firma e timbro del datore di lavoro _____

IN CASO DI NECESSITA' E' POSSIBILE CONTATTARE TELEFONICAMENTE IL SERVIZIO ASSISTENZA CLIENTI AL
 800.900.780