

*Provincia di*  
*Barletta - Andria - Trani*

Al Sig. Dirigente  
del Settore Personale  
SEDE

Al Sig. Dirigente  
del Settore \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
SEDE

**Oggetto: Comunicazione di Infortunio sul lavoro e malattie dovute a causa di servizio (art. 38 CCNL 21/05/2018).**

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_, nato/a in \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e domiciliato ai fini della visita fiscale  
in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_  
Settore \_\_\_\_\_  
Badge n. \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

di assentarsi dal servizio per Infortunio sul lavoro dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Il/la sottoscritto/a allega alla presente certificazione medica.

Il Dipendente

Barletta, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_