

All'Azienda sanitaria locale_____

Si richiede l'effettuazione, ai sensi dell'art. 5 della legge 20 maggio 1970, n. 300, e del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, nonché del D.M. 15 luglio 1986, il controllo medico dell'assenza per malattia del/la dipendente....., nato/a a..... il..... e domiciliato/a in..... .

L'interessato/a ha dichiarato di essere ammalato/a dal giorno....., come risulta dalla certificazione medica inviata a questa azienda e che si trasmette in copia, per opportuna conoscenza.

Si inviano anche i certificati medici rimessi dal..... alla data odierna, per un migliore quadro della situazione e con riferimento alle frequenti assenze per malattia del/la dipendente

Si resta in attesa di un riscontro cortesemente sollecito.

Luogo e data

Firma del datore di lavoro
