

**MODULO DI RICHIESTA DI  
PERMESSO BREVE PER MOTIVI DI SALUTE**

Trieste, \_\_\_\_\_

Alla Ripartizione AA.GG. del Personale  
Sede

Oggetto: Assenza per motivi di salute, con addebito al periodo massimo di malattia.

Il sottoscritto /La sottoscritta \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

che venga autorizzata l'assenza per motivi di salute con addebito al periodo massimo di malattia  
(18 mesi nel triennio precedente) previsto per la conservazione del posto

nella giornata del \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

- per sopravvenuto malessere
- per prestazione sanitaria **di cui allega certificazione originale** <sup>1</sup>

Il Dipendente

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del Capo Struttura  
per presa d'atto

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> In caso di prestazione sanitaria effettuata fuori provincia, dichiarare per iscritto l'ora di partenza e rientro a Trieste