

# DICHIARAZIONE

Il sottoscritto

	Matricola	
--	-----------	--

in servizio presso

--

## DICHIARA

di aver titolo a percepire l'indennità di lavoro nocivo e rischioso, ai sensi del DPR 5.5.1975 n. 146, integrato dal Decreto MPI dd. 20.7.1984, avendo prestato effettivo servizio per il sottoelencato numero di giornate:

<b>GRADO DI RISCHIO</b>	
-------------------------	--

<b>ANNO</b>	
-------------	--

### N° GIORNATE

<b>GENNAIO</b>	
<b>FEBBRAIO</b>	
<b>MARZO</b>	
<b>APRILE</b>	
<b>MAGGIO</b>	
<b>GIUGNO</b>	
<b>LUGLIO</b>	
<b>AGOSTO</b>	
<b>SETTEMBRE</b>	
<b>OTTOBRE</b>	
<b>NOVEMBRE</b>	
<b>DICEMBRE</b>	
<b>TOTALE</b>	

IL DIPENDENTE

\_\_\_\_\_

VISTO, si conferma quanto sopra  
IL CAPO STRUTTURA

\_\_\_\_\_

Trieste,