

Consegna verbale sanitario da acquisire al fascicolo personale

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Comune di nascita _____ il _____

Residente in (comune) _____ Via _____ n. _____

In servizio presso codesto Istituto a TEMPO INDETERMINATO TEMPO DETERMINATO

in qualità di _____

dichiara

di consegnare in data odierna la copia conforma del verbale redatto dalla Commissione Sanitaria nella seduta del _____ e contenente il giudizio definitivo espresso dall'INPS sull'accertamento della disabilità accertata relativa a _____

(cognome e nome della persona disabile)

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Copia conforme all'originale o autenticata del certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL – ufficio Invalidi Civili di _____.

Data _____

Firma _____
DEL/DELLA DIPENDENTE

=====

ISTITUTO COMPRENSIVO DI VERDELLO

- Firma per ricevuta e presa in carico della certificazione.

Verdello, _____

Firma _____
DELL'ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

- =====
- Per presa visione della certificazione.

Verdello, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. Angelo GUELI)