

**AL DIRETTORE DELL'U.O.C.  
RISORSE UMANE  
A. O. VILLA SOFIA -CERVELLO**

**S E D E**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_ ( ) in data \_\_\_\_\_  
dipendente di questa Azienda Ospedaliera con la posizione funzionale / profilo professionale  
di \_\_\_\_\_ in servizio presso il  
P.O. \_\_\_\_\_ - U.O. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**c h i e d e**

il rilascio di n. \_\_\_ certificato di servizio in carta libera per uso \_\_\_\_\_.

**Il/La sottoscritto/a dichiara che la certificazione non sarà prodotta a pubbliche  
amministrazioni ed a privati gestori di pubblici servizi.**

Palermo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma

MATRICOLA \_\_\_\_\_

**PER RICEVUTA**

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_