

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:

GRADO DI RISCHIO	
-------------------------	--

ANNO	
-------------	--

N° GIORNATE

GENNAIO	
FEBBRAIO	
MARZO	
APRILE	
MAGGIO	
GIUGNO	
LUGLIO	
AGOSTO	
SETTEMBRE	
OTTOBRE	
NOVEMBRE	
DICEMBRE	
TOTALE	

IL DIPENDENTE

VISTO, si conferma quanto sopra
IL CAPO STRUTTURA

Trieste,