

Notifica d'uscita per salariati

(da compilare e firmare dal datore di lavoro)

Datore di lavoro / Indirizzo _____

Dati personali privati

Cognome _____ Nome _____

Via, no. _____ NAP, località _____

Indicazioni concernenti l'uscita

Desidera mantenere la qualità di socio dell'Association Romande de Médecins sì no

Conferma della piena capacità lavorativa sì no

Data di partenza _____

L'uscita è possibile solo per la fine di un mese

Il sottoscritto datore di lavoro conferma che le indicazioni che precedono sono esatte e complete.

Luogo e data

Timbro e firma(e) del datore di lavoro
