

---

**C.A.L.E.C. BOLOGNA RIMBORSO VISITE SPECIALISTICHE – PRESTAZIONI AMBULATORIALI – TERAPIE AMBULATORIALI**

---

Codice Coop.	Codice operaio

Operaio ..... nato il ..... / ..... / .....

Assenza dal ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / ..... Cod qualifica ..... Superminimo personale € .....

**ORE** .....

***P/la Cooperativa***

.....