

Al Dirigente Scolastico
I.C.S. Montefelcino
=====

ASSENZA PER MALATTIA O INFORTUNIO ATA

_ I _ sottoscritt_ _____ in servizio presso
codesto Istituto in qualità di _____
Con contratto a tempo _____(indeterminato/determinato)

COMUNICA

Alla S.V. di assentarsi per gg. _____ dal _____ al _____ per:

Malattia (*ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009*)

visita specialistica - ricovero ospedaliero - convalescenza post-ricovero - analisi cliniche

Infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio (*ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L.2006/09*)

altro caso previsto dalla normativa vigente _____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in

_____ (____)

in via _____ n. _____ Tel/cell. _____

SI ALLEGA:

Certificato medico del dottor _____

Certificato medico dell'azienda sanitaria _____

Montefelcino li, _____

Con osservanza

IL D.S.G.A.
Dott.ssa Giulia Luzi

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Vito Alessandro Lucarelli
