

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"G. Carducci"

RIESI

Oggetto: Comunicazione assenza malattia (art. 17 C.C.N.L. del 29/11/2007 /Ind.)
(art. 19 C.C.N.L. del 29/11/2007/Det.)

_ l_ sottoscritt_ _____

Docente di scuola (1) _____ a tempo indeterminato/determinato

ATA (2) _____ a tempo indeterminato/determinato

In servizio presso codesto Istituto Comprensivo in posizione di (3) _____

COMUNICA

Che sarà assente per malattia dal _____ al _____ per giorni _____

Allega :

_ certificato medico prot. n. _____

_ certificato di ricovero ospedaliero

Comunica, ai fini di eventuale controllo della malattia , che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via _____, n _____, Città _____

Tel. _____

Data _____

Firma _____

(1) Dell'Infanzia – Primaria – Secondaria I grado

(2) DSGA – Assistente Amministrativo – Collaboratore Scolastico

(3) Titolare –Utilizzato-Assegnato-Incaricato-supplente temporaneo