

OGGETTO: ASSENZA PER MALATTIA/VISITA SPECIALISTICA

__ I __ sottoscritt __ _____

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:

Docente Scuola Infanzia Primaria Secondaria s.p.g

ATA

con contratto Tempo indeterminato Tempo determinato

COMUNICA

ai sensi dell' art. 17 – 19 del C.C.N.L. 29-11-2007

di assentarsi per malattia per complessivi giorni __ dal _____ al _____

A tal fine allega:

certificato medico (al rientro)

certificato di ricovero ospedaliero

Durante il suddetto periodo __ I __ sottoscritt __ sarà reperibile:

presso il domicilio abituale domicilio in _____

Via _____ n° _____

In alternativa terrà il suo domicilio in _____

Via _____ n° _____

Per accertamento medico - fiscale si richiede la visita a cura dell'Azienda Sanitaria

di _____

Specificare se l'assenza è imputabile ad un terzo responsabile SI NO

li _____

Firma _____