Al Dirigente dell'Istituto Comprensivo e Superiore di
Scuola dell'Infanzia, Primaria,
Secondaria di Primo e di Secondo Grado
Vilminore di Scalve

OGGETTO: assenza per malattia Art. 17 comma 9 C.C.N.L. 29/11/2008 (grave patologia)

_l_ sottoscritt_ _____

nato a_____(prov._____) il _____

☐ Insegnante
☐ Direttore S.G.A.
☐ Ass. amministrativo
☐ Collaboratore scolastico

Assunt_ con contratto a tempo
☐ Determinato
☐ Indeterminato

In servizio presso
☐ Scuola dell'infanzia
☐ Scuola primaria
☐ Scuola secondaria 1^grado
☐ Scuola secondaria 2^grado
☐ Ufficio segreteria

Sede di _____

CHIEDE

La concessione di giorni_____di assenza per malattia dovuta a gravi patologie

dal_____al_____

Per tale assenza chiede l'applicazione di quanto previsto dall'art. 17 comma 9 del C.C.N.L. del 24/07/2003 e art. 19 comma 15 C.C.N.L. 02/05.

Allega _____

_____ (data)

_____ (firma)