Timbro protocollo

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

OGGETTO: COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA art. 17e19 C.C.N.L. 2008.

_l_ sottoscritt_ _____

☐ 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 _____

Comunica che sarà assente per malattia dal _____ al _____

L'assenza è imputabile ad un terzo responsabile SI ☐ NO ☐

Allega:
☐ Certificato medico;
☐ Certificato ricovero ospedaliero;
☐ Altro _____.

Comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo (da compilare solo se diverso dall'abituale domicilio)

Via _____ N. _____

Cap. _____ Città _____(_____)

Tel. _____ cell. _____

_____ _____
(Data e luogo) (firma)