

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di Petritoli

Oggetto: Docente/ATA _____
Assenza per malattia art. 17 CCNL 29/11/2007 (tempo indeterminato)
Assenza per malattia artt. 17 e 19 CCNL 29/11/2007 (tempo determinato)

Il/la sottoscritto/a _____
in servizio presso _____ di _____
in qualità di docente/ATA _____ (Infanzia, Primaria, Sec.1°grado)
con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato*, comunica di doversi assentare per
motivi di salute dal _____ al _____ per complessivi giorni _____.

- Come da allegata certificazione.
- Si riserva di inviare la relativa documentazione ai sensi della normativa vigente.

Durante l'assenza sarà domiciliato presso: _____

Dichiara di essere a conoscenza delle fasce orarie di reperibilità per visita medico fiscale.
(dalle ore 9.00 alle ore 13.00 – dalle ore 15.00 alle ore 18.00)

* Cancellare la voce che non interessa

Data, _____

Firma
