

OGGETTO: **ASSENZA PER MALATTIA**

Il/La sottoscritt _____

in servizio presso la scuola :

Infanzia Primaria Secondaria di I Grado

in qualità di docente con contratto Tempo indeterminato Tempo determinato

C O M U N I C A

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

certificato di ricovero ospedaliero

Durante il suddetto periodo il/la 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**

Il _____

Firma _____