

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

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 (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 ☐

lì _____

Firma _____