

Assenza per malattia

(Personale a Tempo Indeterminato)

IST. COMP. "NOVIO ATELLANO"
VIA S. ARPINO, 25 FRATTAMINORE

Al Dirigente Scolastico

Prot. Pos.

" I.C. Novio Atellano "

A.

Frattaminore-NA

P.
Parte a cura dell'Istituto Scolastico

Oggetto: assenza per malattia.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a _____
il ___/___/___ / prov. _____, assunto/a a tempo indeterminato in qualità di
_____ in servizio presso _____

DOCENTE - ATA

SCARUFFI - TRICOLORE

COMUNICA

ai sensi dell'art. 17 del Ccnl Scuola 2006/2009, di assentarsi dal servizio per motivi di salute dal ___/___/___ / al ___/___/___ / compresi.

A TAL FINE DICHIARA

che ai fini del controllo della malattia durante il periodo indicato dal medico ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al sottoindicato indirizzo dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 18.00 in ciascun giorno dell'assenza anche se domenicale o festivo: _____

(Nominativo indicato sul campanello presso l'abitazione se diverso dal proprio)

via _____ n. _____ comune di _____
cap _____ prov. _____ ASL di appartenenza _____
è ricoverato presso _____ dal ___/___/___ / al ___/___/___ /
deve allontanarsi dalla propria dimora per visite mediche/prestazioni o accertamenti speciali/terapie particolari nei giorni _____ dalle ore ___/___ alle ore ___/___/___.

Alla presente verrà allegata certificazione medica o verrà comunicato il numero del certificato telematico che il medico curante rilascerà.

Distinti saluti.

Data ___/___/___ / _____

IL DIPENDENTE