

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.C.S. "CARDUCCI"
SAN VITTORE OLONA

Oggetto: **ASSENZA PER MALATTIA**
ai sensi dell'art.17 CCNL 2006-2009

Il/La sottoscritto/a _____

DOCENTE di _____

A.T.A. (qualifica) _____

in servizio presso

S.I.S. "RODARI" S.V.O.

S.E.S. "RODARI" S.G.L.

S.E.S. "CARDUCCI" S.V.O.

S.M.S. "UNGARETTI" S.G.L.

S.M.S. "LEOPARDI" S.V.O.

con contratto a TEMPO INDETERMINATO TEMPO DETERMINATO

COMUNICA

che sarà assente per malattia dal _____ al _____ per complessivi giorni _____

allega alla presente certificato medico/documentazione specialistica

fornisce numero di protocollo della certificazione medica che verrà inviata per via telematica all'I.N.P.S

Inoltre, si informa che l'assenza per malattia è dovuta a :

infortunio sul lavoro

ricovero ospedaliero

day-hospital

periodo convalescenza post-ricovero ospedaliero

patologie gravi che richiedono terapie parzialmente/temporaneamente invalidanti

Durante il suddetto periodo sarà reperibile nelle fasce orarie previste presso il seguente indirizzo:

Comune _____ Via _____ n. _____

tel. _____ e a disposizione della scuola dal giorno _____

A.S.L. di competenza n. _____ indirizzo _____ tel. _____

San Vittore Olona, _____
data

firma

VISTO

Il Dirigente Scolastico