

OGGETTO: Assenza per malattia post day-hospital - art.23 CCNL

il/l _____ sottoscritt_____

in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di insegnante/a.t.a. con contratto a tempo
indeterminato/determinato

	infanzia	_____
presso la scuola	primaria	_____
	secondaria 1° grado	_____

ai sensi dell'art.23 del vigente C.C.N.L., comunica la propria:

ASSENZA PER MALATTIA POST DAY-HOSPITAL

per n° _____ giorn_____ a decorrere dal ____/____/____ al ____/____/____

a tal fine, allega

certificato medico
certificazione di ricovero ospedaliero

durante l'assenza il/la sottoscritto/a sarà reperibile, al seguente indirizzo

nelle fasce orarie dalle ore ____ alle ore ____ e dalle ore ____ alle ore ____
per i motivi di cui si allega documentazione.

Data _____

Firma
