

OGGETTO: comunicazione assenza per malattia

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	_____

COMUNICA

ai sensi degli artt. 17(personale T.I.) e 19 (personale T.D.) del vigente CCNL del
29.11.2007, che sarà assente per malattia

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:

Data _____

Firma
