

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO

DI SANTADI

OGGETTO: COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA  
( Art. 17 , Art. 19 C.C.N.L. 2006/09)

\_ l \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

in servizio presso codesto Istituto sede di \_\_\_\_\_ in qualità di

☐ **DOCENTE**    ☐ Sc. Materna    ☐ Elementare    ☐ Media

☐ **ATA**            ☐ D.S.G.A.            ☐ Ass.te Amm.va    ☐ Collaboratore Scolastico

Posizione Giuridica :

**C.T.I.**    ☐ Titolare    ☐ Ass. Provvisoria    ☐ Utilizzazione

**C.T.D.**    ☐ Fino alla fine dell'Anno Scolastico/ delle attività didattiche    ☐ Supplenza Breve e saltuaria

Comunica che sarà assente per malattia Dal \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

Comunica che sarà assente per visita specialistica Dal \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

**ALLEGA**

☐ Certificato Medico    ☐ Certificato di ricovero ospedaliero

Comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo :

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Citta \_\_\_\_\_

SANTADI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_