

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
DI SANTADI

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

1 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. _____

ALLEGÀ

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 _____