

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
"M.L.NICCOLINI"
P O N S A C C O

OGGETTO:ASSENZA PER MALATTIA/VISITA MEDICA.

(Art.17 e 19 CCNL 29/11/2007 Comparto Scuola - D.L.n.112/08
convertito in legge n.133/2008)

Il/la sottoscritto/a.....
Docente/A.T.A. assunto/a con contratto a tempo
indeterminato/determinato in servizio presso codesto Istituto

COMUNICA

il seguente periodo di assenza per:

MALATTIA

VISITA MEDICA O PRESTAZIONE SPECIALISTICA

dal al

per n. giorni

Data.....

Firma

.....

...l... sottoscritt... comunica ai fini del controllo della malattia che,
durante il periodo dell'assenza, sarà reperibile al seguente
indirizzo(indicare solo se diverso dalla residenza):

Via/Piazza n.

Telefono Città