

Assenza per malattia (1)
(Personale a tempo indeterminato)

Al Dirigente scolastico

Oggetto: assenza per malattia

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a il _____ a _____ prov. _____
e residente in via _____ n. _____
comune di _____ cap _____ prov. _____,
assunto/a a tempo indeterminato in qualità di _____
in servizio presso _____

CHIEDE,

ai sensi dell'art. 17 del Ccnl Scuola 2006/2009, di assentarsi dal servizio per motivi di salute dal _____ al _____ compresi.

A TAL FINE DICHIARA

- che durante il periodo indicato dal medico sarà domiciliato/a a:

In caso di diniego a fruirne, i motivi di servizio ostativi devono essere comunicati per iscritto allo/a scrivente ai sensi degli artt. 2 e 3 della Legge 241/90, come integrata dalla L. n. 15/2005.

ALLEGA certificazione medica con la sola prognosi.

Distinti saluti

Data

Firma