

OGGETTO: Comunicazione assenza per malattia

___I___ sottoscritto/a _____ in servizio presso
codesto Istituto in qualità di:

DOCENTE: Scuola Infanzia Scuola Primaria Scuola secondaria 1^grado

ATA: DSGA Assistente Amministrativo Collaboratore Scolastico

con contratto a Tempo Indeterminato Determinato

C H I E D E

ai sensi dell'art..17 del CCNL Comparto Scuola l'assenza per **malattia**

dal _____ al _____ per un totale di gg. _____

riconducibile a :

- Malattia
- Visita Specialistica
- Day - Hospital
- Ricovero ospedaliero
- Post – ricovero

Dichiara che lo stato di malattia:

- è stato/**non è** stato causata da Infortunio sul lavoro occorso in data _____
- è stato/ **non è** stato causata da terzi

Allega :

- certificato del medico / telematico
- certificato di ricovero ospedaliero più eventuale convalescenza

Comunica, ai fini del controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al sottoelencato indirizzo:

_____ Cell. _____

Ugento ,

IL/LA RICHIEDENTE

.....