

Oggetto: assenza per malattia o visita specialistica (art. 17 CCNL 2006/2009).

Il/La sottoscritto/a _____, in servizio nel corrente anno scolastico, presso questo istituto nella sede di _____ in qualità di:

Docente scuola infanzia/primaria/media a T.I./T.D.

Personale ATA a T.I./T.D.

COMUNICA

di usufruire nel periodo dal _____ al _____, di complessivi

n° ____ giorni di malattia

n° ____ visita specialistica

n° ____ ricovero ospedaliero

Inoltre dichiara che durante il periodo indicato dal medico il proprio domicilio é quello in possesso della scuola o il seguente: _____.

Allega alla presente attestato di malattia o certificazione medica con sola prognosi.

Terralba, lì _____

firma

RISERVATO ALL'UFFICIO

ANNOTAZIONI : _____

Visto della Collab. D.S./DSGA _____

Il Dirigente Scolastico
Dott. Francesco A. M. Corona