

Data ____/____/____

Prot.n° _____ Tit. _____

Oggetto: Comunicazione assenza per malattia (art. 17 CCNL 29/11/2007)

__I__ sottoscritt _____
nat__ a _____ Prov. (____) il _____
in servizio, in qualità di _____, con contratto di lavoro a tempo
determinato/indeterminato, presso la scuola _____

COMUNICA

che sarà assente per malattia dal _____ al _____

L'assenza è imputabile ad un terzo responsabile: SI NO

Allega: certificato medico
 certificazione di ricovero ospedaliero
 richiesta di visita specialistica

Comunica inoltre, ai fini del controllo della malattia, che durante il suddetto periodo di assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Città _____ Prov. (____) in via _____ n° _____

recapiti telefonici : _____ - _____

A.S.L. n° ____ del comune di _____

Desio, _____

firma