

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO "M. GIARDINI"

PENNE

**OGGETTO: Comunicazione assenza per malattia (art. 17 CCNL 2006/2009).**

  I   sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

in servizio presso la Scuola Infanzia/Primaria/Secondaria di 1° grado di questo Istituto Comprensivo, in qualità di personale DOCENTE/ATA, a tempo Indeterminato/Determinato

### COMUNICA

la propria assenza per malattia per n. \_\_\_ giorn\_ , dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Comunica, inoltre, che durante la suddetta assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_.

• nelle fasce orarie dalle ore 9,00 alle 13,00 e dalle 15,00 alle 18,00;

• nelle seguenti fasce orarie dalle ore \_\_\_ alle ore \_\_\_ e dalle ore \_\_\_ alle ore \_\_\_, per i motivi di cui all'allegata documentazione.

- Allega:
- certificato medico
  - certificato di ricovero ospedaliero
  - \_\_\_\_\_

(barrare la casella che interessa)

Penne, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente)