

DENUNCIA DI ASSENZA PER MALATTIA

(art. 17 e 19 del CCNL 24 luglio 2003)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI LANDRIANO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____ in servizio con rapporto di
lavoro a tempo **determinato/indeterminato** presso codesta istituzione scolastica

COMUNICA

di assentarsi per motivi di salute **dal** _____ **al** _____ come da prognosi
del medico curante. (Malattia; Visita Specialistica, Ricovero Ospedaliero; Analisi
Cliniche)

- Alla presente si allega certificato medico rilasciato in data _____ .
- La certificazione medica on line è stata regolarmente inviata dal medico, con
prot. n° _____

Il/La sottoscritto/a fa presente che durante il periodo di assenza per malattia sarà
domiciliato a _____ (Prov. _____) c.a.p. _____ in
via _____ e si impegna a comunicare tempestivamente
eventuali variazioni d'indirizzo.

Con osservanza

Data, _____

Firma
