

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
Bagnatica

Il sottoscritt : _____

Nato il ___/___/___ a _____

Residente in: _____

in servizio in questo istituto in qualità di : _____ Plesso _____

Assistente amministrativo
Collaboratore scolastico

Tempo Determinato
Tempo Indeterminato

COMUNICA

di usufruire di un **assenza per malattia** ART. 17 CCNL commi 1,2,3,6,8.

per il periodo dal ___/___/___ al ___/___/___ per complessivi giorni _____

Allega i seguenti documenti:

a) certificato medico rilasciato in data ___/___/___/

b) _____

Prego inviare eventuale visita fiscale al seguente domicilio/residenza _____

La comunicazione dell'assenza è pervenuta telefonicamente alle ore _____
del _____

TRASMETTE _____ RICEVE _____

Bagnatica ___/___/_____

Firma dell'interessato : _____