AL DIRIGENTE SCOLASTICO

 DELL’I.I.S. “F. FERRARA”

 SEDE

Oggetto: Comunicazione assenza per malattia.

\_l\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto a tempo determinato/indeterminato

COMUNICA

di essere assente per Malattia *(ai sensi dell’art. 17 o 19 del C.C.N.L. 2006/2009)*

 dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (gg. \_\_\_ / mesi \_\_\_).

**..L.. sottoscritta/o è a conoscenza che deve essere reperibile nel domicilio comunicato, in ciascun giorno, anche se domenicale o festivo, dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00.**

**E’ inoltre a conoscenza che qualora debba allontanarsi per visite mediche, prestazioni o accertamenti, deve darne preventiva comunicazione a codesto ufficio.**

Allega : □ certificato medico

 □ certificato di ricovero ospedaliero

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( f i r m a )