

OGGETTO: domanda di assenza per malattia.

 l_ sottoscritt_ _____ nato_ il _____ a _____
_____ in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di
Docente di Scuola Media/Elementare con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato,

COMUNICA

In applicazione dell'art. 17 del C.C.N.L. 29/11/2007, che sarà **ASSENTE PER
MALATTIA** dal _____ al _____ gg. _____, come da allegato
certificato medico, in data _____, (ovvero: in quanto ricoverato presso
_____, come da allegata certificazione).

Ai fini dell'eventuale visita medica di controllo, l_ sottoscritt_ dichiara che la ASL di
competenza è la _____ di _____ e che sarà presente al sotto
indicato indirizzo:

- Nelle fasce orarie dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00;

oppure:

Data _____

Firma
