

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

Oggetto: *ASSENZA PER MALATTIA.*

....I... sottoscritt.. \_\_\_\_\_ nat.. a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di  
\_\_\_\_\_ con contratto di lavoro a tempo  
indeterminato/determinato (a)

chiede

in applicazione dell'art. 17 del C.C.N.L. 29/11/2007 e del D.L. 25/6/2008, n. 112 convertito  
in legge 6.8.2008, n. 133 che sarà **assente per malattia** dal \_\_\_\_\_ al  
\_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_,

come da allegato certificato medico rilasciato dal Dott. \_\_\_\_\_ in data  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_(a)

in quanto ricoverato presso \_\_\_\_\_, come da allegata  
certificazione (a) .

Ai fini della visita medica di controllo, ....I... sottoscritt.... Dichiaro che la Asl di competenza  
è la n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ e che sarà presente al sotto  
indicato indirizzo:

\_\_\_\_\_ nelle fasce orarie dalle ore 8 alle ore 13 e dalle ore 14 alle ore 20.

Durante il predetto periodo di assenza per malattia ....I.... sottoscritt... risiederà in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

....., li .....

.....

(firma)

(a) Depennare la voce che non interessa.