AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IST. OMNICOMPRENSIVO
"L.Pirandello"
LAMPEDUSA

OGGETTO: Assenza per malattia

Il/la sottoscritto/a_____, nato/a a

_____il_____prov._____e residente

in via_____n._____comune di _____

cap_____prov._____, C.F._____

campo obbligatorio

in servizio presso questo Istituto con contratto a tempo:
☐ indeterminato ☐ determinato ☐ supplenza breve

in qualità di *docente* nella scuola:
☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria 1° grado ☐ Secondaria 2° grado

in qualità di *ATA:* ☐ A. A. ☐ C.S.

CHIEDE

(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)

di poter usufruire di gg._____Dal_____al _____
di **assenza per malattia.**

☐ malattia con certificato del medico curante o della guardia medica
☐ analisi cliniche con certificato della struttura ospedaliera
☐ day hospital / day surgery con certificato della struttura ospedaliera
☐ ricovero ospedaliero con certificato della struttura ospedaliera
☐ post ricovero con certificato del medico curante o della guardia medica

Durante tale periodo sarà reperibile al seguente indirizzo: _____

Via_____n._____Tel._____

- Si allega n. protocollo informatico del certificato medico_____

_____ _____

(luogo) (data) firma del richiedente

IL DIRIGENTE SCOLASTICOREGGENTE
Claudio Argento