

Oggetto: *Assenza per malattia – Personale ATA*

Il/la sottoscritto/a

Cognome e nome

Nato/a

Provincia di

il

Sesso

in servizio nel corrente anno scolastico

con la qualifica di

a tempo

determinato

indeterminato

### COMUNICA

( Ai sensi dell'art. 17 e successivo art. 19 comma 10 del C.C.N.L. del 29/11/2007 )

**di assentarsi per:**

malattia

ricovero ospedaliero

ricovero clinico

**PRESSO LA STRUTTURA:**

Denominazione e luogo

convalescenza post ricovero

° il giorno:

o per

° il periodo: dal

al

**per complessivi giorni:**

in cifre

in lettere

**Reperibilità:**

( via - comune - cell./ tel.)

Crispiano,

F.to

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 D.Lgs n. 39/1993