

Oggetto: *Assenza per malattia – Personale Docente*

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