

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO N. 4
B O L O G N A

OGGETTO: RICHIESTA ASSENZA MALATTIA DOVUTA AD INFORTUNIO SUL LAVORO.

___ l ___ sottoscritt ___
nat ___ a _____ Prov. _____ il _____
residente a _____ Via _____ n° _____
in servizio presso _____ in qualità di _____
_____ a Tempo Determinato/Indeterminato,

COMUNICA

che ha seguito dell'infortunio verificatosi a Scuola il giorno _____ è stata prescritta una prognosi dal _____ al _____ per un totale di giorni _____.

Pertanto ai sensi dell'art. 26 del CCNL 04/08/95 chiede l'assenza per malattia dovuta ad Infortunio sul lavoro.

Allega:

- certificazione medica.

Data, _____

FIRMA
