

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'ISTITUTO COMPRENSIVO N° 4
Via Giulio Verne, 19 BOLOGNA

OGGETTO: Comunicazione assenza per **MALATTIA** (art. 17 CCNL 29/11/2007)

___ L ___ sottoscritt ___ nat ___ a
_____ (_____) il _____ in servizio presso la
scuola (plesso) _____ in qualità di _____
con rapporto di lavoro a tempo indeterminato / determinato

COMUNICA

alla S.V. l'assenza dal servizio per **MALATTIA** DAL _____ AL _____
per complessivi giorni _____ (ai sensi dell'art. 17 CCNL del 29/11/2007).

___ L ___ sottoscritt ___ recapiterà o spedirà a mezzo raccomandata A.R. entro cinque giorni il relativo
certificato medico.

Comunica inoltre che durante il periodo di assenza per malattia sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via _____ n° _____ Tel. _____

A.S.L. di competenza n. _____ di _____ Tel. _____

Allega: certificato medico
 certificato ospedaliero

Data _____

FIRMA _____