Al Dirigente Scolastico

VI Istituto Comprensivo

PADOVA

OGGETTO: **Comunicazione di ASSENZA per MALATTIA**

**Personale docente a tempo i n d e t e r m i n a t o e d e t e r m i n a t o**

(art. 17 del CCNL del 29 novembre 2007)

\_ l\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e nome

nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DOCENTE | x | scuola primaria | con contratto a |  | tempo determinato |
|  |  | scuola secondaria 1° grado |  |  | tempo indeterminato |

in servizio presso la scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_\_

con disciplina di insegnamento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

comunica che sarà assente per malattia dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega: \_\_\_ Certificato medico N.\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Certificato di ricovero ospedaliero

Comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo dell’assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padova, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma