

Assenza per malattia (1) (Personale a tempo indeterminato)

Al Dirigente scolastico

---

Oggetto: assenza per malattia

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

e residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_,

assunto/a a tempo indeterminato in qualità di \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

CHIEDE,

ai sensi dell'art. 17 del Ccnl Scuola 2006/2009, di assentarsi dal servizio per motivi di salute dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ compresi.

A TAL FINE DICHIARA

- che durante il periodo indicato dal medico sarà domiciliato/a a:

---

In caso di diniego a fruirne, i motivi di servizio ostativi devono essere comunicati per iscritto allo/a scrivente ai sensi degli artt. 2 e 3 della Legge 241/90, come integrata dalla L. n. 15/2005.

ALLEGA certificazione medica con la sola prognosi.

Distinti saluti

Data

Firma