

MALATTIA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISS "E. MATTEI"
VIA GRAMSCI,1
81031 - AVERSA

Il/la sottoscritt_____ nat_ a _____
il _____ residente in _____ via/piazza _____ n° _____
in servizio presso quest'istituzione scolastica in qualità di _____ con
contratto a tempo determinato/indefinito

COMUNICA

Ai sensi dell'art. 17 del CCNL 29/11/2007 la propria assenza dal servizio per motivi di salute per il
periodo dal _____ al _____ per complessivi giorni _____:

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> MALATTIA (Artt.17 e 19 CCNL 2006/09) | <input type="checkbox"/> malattia <input type="checkbox"/> Day-Hospital <input type="checkbox"/> per causa di servizio <input type="checkbox"/> per gravi patologie <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> post ricovero <input type="checkbox"/> altro _____ | |
|---|---|--|

Si allega alla presente certificazione medica (copia per il datore di lavoro).

Il/la sottoscritt_____ dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

città _____ via/piazza _____ n° _____ tel. _____

Aversa , _____

FIRMA _____

| |
|---|
| <p>VISTO: <input type="checkbox"/> si concede <input type="checkbox"/> non si concede</p> <p>IL DIRIGENTE SCOLASTICO (Dott. GIUSEPPE MANICA)</p> |
|---|