



RISERVATO ALL'UFFICIO

Prot. n° _____/FP

del _____

Al Dirigente Scolastico
I.C. "C. Gouthier"
PEROSA ARGENTINA

OGGETTO: assenza per malattia

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ via _____
_____ in servizio presso codesta
Istituzione scolastica in qualità di docente / non docente con contratto di lavoro a tempo
indeterminato / determinato nell'anno scolastico _____

COMUNICA

In applicazione dell'art.7 del C.C.N.L. 29/11/2007 e del D.L. 25/06/2008 convertito in legge
06/08/2008 n.133 che sarà **assente per malattia** dal _____ al
_____ = gg. _____
come da allegato certificato medico telematico nr. _____
ovvero in quanto ricoverato presso _____ come da allegata certificazione.
Ai fini della visita medica di controllo _l_ sottoscritt _____ dichiara che l'ASL di competenza è la
n. ___ di _____ e che sarà presente al sotto indicato indirizzo :

_____ nelle fasce orarie dalle ore 09.00 alle 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00

_____ data

FIRMA _____