AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPRENSIVO

DI SANTADI

**OGGETTO: COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA (Art. 17, Art. 19 C.C.N.L. 2006/09)**

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

 in servizio presso codesto Istituto sede di Santadi in qualità di

□ Docente □ Sc. dell’infanzia □ Sc. Primaria □ Sc. Secondaria di primo grado

 □ ATA □ D.S.G.A. □ Ass. te Amm.va □ Collaboratore scolastico

**Posizione Giuridica:**

□ C.T.I. □Titolare □ Ass. Provvisoria □ Utilizzazione

□ C.T.D. Fino alla fine dell'Anno Scolastico/ delle attività didattiche □Supplenza Breve e saltuaria

Comunica che sarà assente per malattia dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comunica che sarà assente per visita specialistica dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gg.\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGA**

□Certificato Medico □ Certificato di ricovero ospedaliero

Comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al

seguente indirizzo:

 Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cap. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Citta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Santadi, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_