

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: COMUNICAZIONE ASSENZA PER TERAPIA (ART. 17 CCNL)

__L__ SOTTOSCRITT__
IN SERVIZIO PRESSO L'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VIA DE GASPERI SEVESO,
IN POSIZIONE DI _____
COMUNICA CHE SARÀ ASSENTE PER MALATTIA
DAL _____ AL _____ RETRIBUZIONE AL _____

ALLEGA :

- CERTIFICATO MEDICO
- VISITA SPECIALISTICA
- 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 _____
C.A.P. _____ CITTÀ _____

SEVESO _____

FIRMA

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO
DOTT.SSA PIERA LEVA