

RICHIESTA ASSENZA PER SALUTE
PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO AI SENSI DEL CCNL 2006/2009 – Art. 15.

___L___ Sottoscritt _____

in qualità di _____ a Tempo Indeterminato
(indicare la qualifica)

presso la scuola _____ di _____
(infanzia-primaria-secondaria 1°)

comunica che sarà assente per malattia dal _____ al _____

Allega:

- certificato medico
- certificato di ricovero ospedaliero
- altro _____

Comunica, ai fini del controllo della visita medico fiscale, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via/P.zza _____ n. _____

Comune _____

Telefono _____

Vignale M.to li, _____

Firma del dipendente