

**RICHIESTA ASSENZA PER SALUTE**  
**PERSONALE A TEMPO DETERMINATO AI SENSI DEL CCNL 2006/2009 – Art. 19.**

\_\_\_L\_\_\_ Sottoscritt \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ a Tempo Determinato  
*(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