

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo  
REGGIOLO

Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in servizio presso codesto istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

con contratto di lavoro a tempo:  indeterminato  determinato

ai sensi dell'art. 23-25 del C.C.N.L del 4 Agosto 1995 e successive modifiche e integrazioni

COMUNICA

che sarà assente per malattia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (tot gg)\_\_\_\_\_

Dichiara che lo stato di malattia:

è stato causato da terzi  NON è stato causato da terzi

se provocato da terzi indicare le cause \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

è stato causato da infortunio  NON è stato causato da infortunio

se provocato da infortunio indicare la causale\_\_\_\_\_

Allega alla presente:

Certificato Medico

Certificato di ricovero ospedaliero

Altro (precisare)

\_\_\_\_\_

Comunica ai fini del controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile, dalle ore 9:00 alle ore 13:00 e dalle ore 15:00 alle ore 18:00 al sotto indicato indirizzo di ciascun giorno dell'assenza comprese le domeniche ed i festivi:

Località \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Nominativo indicato sul campanello (se diverso dal proprio)

\_\_\_\_\_

data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

firma del dipendente

\_\_\_\_\_