AL DIRIGENTE SCOLASTICO

……………………………………….……..

………………………………………….…..

*OGGETTO*: ASSENZA PER MALATTIA

…l… sottoscritt… …………………………….………………….. nat… a…………………..…………………..

il..…/…../………, in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di………….….……………...

con contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato *(a)*,

COMUNICA

in applicazione dell’art. 17 del C.C.N.L. 29/11/2007 e del D.L. 25/6/2008, n. 112, convertito in legge 6/8/2008, n. 133 che sarà **assente per malattia** dal……..….. al……….….. giorni…, come da allegato certificato medico on-line, rilasciato dal dott. …………………………………in data……. /……/…….…

*ovvero*

*dal numero di protocollo fornito dal medico al paziente ……………………………………………..*

Se ricoverato presso ………………………………………….………………………,

 di ………………………………. come da allegata certificazione *(a).*

Ai fini della visita medica di controllo …l… sottoscritt… dichiara che la ASL di competenza è la n………. di…………………………………… e che sarà presente al seguente indirizzo:

Via…………………………………………………………………….…………………………….. nelle fasce orarie Mattina dalle 09:00 alle ore 13:00 - Pomeriggio dalle ore 15:00 alle ore 18:00**:**7 giorni su 7 inclusi sabato, domenica, festivi e prefestivi, Natale, Pasqua, Capodanno, Ferragosto, feste Patronali ecc.

Durante il predetto periodo di assenza per malattia …l… sottoscritt… risiederà in………………………... Via………………………………………………………… telefono………………………………………………..

…………………….., li…………………

 …………………………………………………..

 (firma)

1. Depennare la voce che non interessa