

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'I.S. B.Russell
di Guastalla**

Oggetto: Assenza per malattia (art. 17-19 CCNL)

l sottoscritt_ _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di DOCENTE Coll.Scol. Ass.Amm.vo Ass.Tec. con contratto: Tempo Indeterminato Tempo Determinato Supplenza Breve

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 17 - 19 del CCNL in vigore, di essere impossibilitato a prestare servizio per malattia

➤ dal _____ al _____ per giorni _____

Durante il suddetto periodo il recapito ⁽¹⁾ sarà il seguente:

città _____ via _____

tel. _____

c/o _____

Certificato medico n° di protocollo : _____

Si allega:

- Certificazione medica
- Certificazione di ricovero ospedaliero presso _____
- Nel caso di visita specialistica deve essere indicata la sede della struttura ospedaliera

Data _____

FIRMA

(1) Il dipendente deve indicare nella domanda la dimora che ha durante il periodo di assenza; eventuali variazioni devono essere tempestivamente comunicate all'amministrazione (art. 19 comma 13 del CCNL)