

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di Sanguinetto

Oggetto: **Assenza per malattia** (Personale a tempo indeterminato)

Il/la sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il
_____ residente a _____ Via _____, assunt_ a
tempo indeterminato in qualità di _____ in servizio presso _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 17 c.1 del Ccnl Scuola 2006/09, di assentarsi dal servizio per motivi di salute dal
_____ al _____ compresi.

A TAL FINE DICHIARA

- che durante il periodo indicato dal medico sarà domiciliat_ a _____.

ALLEGA certificazione medica

Data, _____

Firma _____