

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di Sanguinetto

Oggetto: **Assenza per malattia**

(Personale a tempo determinato – supplenze annuali o fino al termine delle lezioni)

Il/la sottoscritt_ _____ nat_ a _____
il _____, assunt_ a tempo determinato in qualità di _____ in servizio
presso _____;

CHIEDE

ai sensi dell'art. 19 commi 3 e 4 del Ccnl Scuola 2006/09, di assentarsi dal servizio per motivi di salute dal
_____ al _____ compresi.

A TAL FINE DICHIARA

- di avere un contratto a tempo determinato in qualità di supplente temporaneo fino al _____
(30/6 oppure 31/8) e quindi con diritto a 30 giorni retribuiti al 100 % e 60 giorni al 50%;
- che durante il periodo indicato dal medico sarà domiciliat_ a _____.

ALLEGA certificazione medica

Data, _____

Firma _____