

OGGETTO: domanda di assenza per malattia

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

domiciliato/a in _____ Via _____ n° _____

Telefono n° _____, in servizio presso l'Istituto Comprensivo di Castel San Giovanni, Scuola _____ in qualità _____

con contratto di lavoro **a tempo:** **indeterminato** **determinato**

COMUNICA

in applicazione dell'art. 17 del C.C.N.L. 29/11/2007, che sarà **ASSENTE PER MALATTIA**

dal _____ al _____ =gg _____

come da allegato certificato medico, rilasciato dal Dott. _____

in data _____, (ovvero-in quanto ricoverato/a presso _____

_____, come da allegata certificazione).

Ai fini dell'eventuale visita medica di controllo, il/la sottoscritto/a dichiara che la A.S.L di competenza è la n° _____ di _____

Durante il predetto periodo di assenza per malattia il/la sottoscritto/a dimorerà in _____

telefono _____

lì _____

Firma