

Modello 3

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di
Castel San Giovanni**

OGGETTO: domanda di assenza per gravi patologie

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

Domiciliato/a in _____ Via _____ n° _____

telefono _____, in servizio presso l'Istituto Comprensivo di Castel San Giovanni, Scuola _____ in qualità di _____

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

COMUNICA

in applicazione dell'art. 17 comma 9 del C.C.N.L. 29/11/2007, che sarà **ASSENTE PER MALATTIA - GRAVI PATOLOGIE** al _____ al _____ =gg._____

come da allegato certificato medico, rilasciato dal Dott. _____

in data _____, (ovvero - in quanto ricoverato 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 _____ e che sarà presente al sottoindicato indirizzo:

/ / nelle fasce orarie dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____;
/ / nelle fasce orarie: dalle _____ e dalle _____ alle _____ per motivi di cui all'unita documentazione/autocertificazione.

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

in _____ telefono _____

_____ lì _____

_____ Firma