

Modello 2

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di
Castel San Giovanni

OGGETTO: domanda di assenza per infortunio sul lavoro

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

COMUNICA

in applicazione dell'art. 20 del C.C.N.L. 29/11/2007, che sarà **ASSENTE PER INFORTUNIO SUL LAVORO** 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 _____ che sarà presente al sottoelencato indirizzo:
/____/ nelle fasce orarie dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____,
/____/ nelle fasce orarie: dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____ per motivi
di cui all'unita documentazione/autocertificazione

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

_____ telefono _____

lì _____

Firma