

## 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

\_\_\_\_\_