

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
VIII ISTITUTO COMPRENSIVO A. VOLTA
PADOVA

OGGETTO: Comunicazione assenza per malattia personale con contratto a T.D.
(art. 25 C.C.N.L. 4.8.95 e art. 19 C.C.N.L. 29.11.2007)

__l__ sottoscritt_ _____

qualifica Docente scuola dell'infanzia Full time
 Docente scuola primaria Part time
 Docente scuola secondaria I° grado
 D.S.G. e A.
 Assistente amministrativo
 Collaboratore scolastico

in servizio presso _____

comunica che sarà essente per malattia/visita specialistica dal _____ al _____

allega/allegnerà:

certificato medico
 certificato di ricovero
 altro

Comunica ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo di assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

via/piazza _____ n. _____ tel. _____

cap _____ città _____ prov. _____

_____ li _____

firma