AL DIRIGENTE SCOLASTICO
VIII ISTITUTO COMPRENSIVO A. VOLTA
PADOVA

OGGETTO: **Comunicazione assenza per malattia personale con contratto a T.I.**
(art. 25 C.C.N.L. 4.8.95 e art. 17 C.C.N.L. 29.11.2007)

__l___ sottoscritt_ _____

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

( ) Full time
( ) Part time

in servizio presso _____

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

allega/allegherà:

( ) 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. _____

_____ lì _____

_____
Firma