

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO 2
NOVI LIGURE

OGGETTO : Comunicazione assenza per malattia (ART. 17 CCNL).

__l__ sottoscritt__ _____ in servizio presso
questo Istituto in qualità di _____ con contratto di lavoro a
tempo determinato/indeterminato,

CHIEDE

di assentarsi per motivi di salute dal _____ al _____
come da certificato _____ allegato alla presente.

Rende noto che durante il predetto periodo di assenza il proprio recapito è il seguente

_____ tel _____

ASL competente n. _____ di _____.

Data _____

FIRMA

Per presa visione:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Filippo PELIZZA