

DOMANDA DI MALATTIA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO di
CODOGNE' E GAIARINE

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome e nome

DOCENTE/INSEGNANTE
qualifica

a tempo _____ in servizio presso questo Istituto – sede di _____
indeterminato/determinato

nel corrente A.S. 202____/202____

COMUNICA

alla S.V. l'assenza dal _____ al _____ per complessivi giorni _____

(ai sensi dell'art. 17 C.C.N.L. 2007) per

- MALATTIA INIZIO/CONTINUAZIONE**
- ASSENZA COVID**
- VISITA MEDICA/TERAPIA/ESAMI DIAGNOSTICI**
- DAY HOSPITAL**
- RICOVERO**
- DEGENZA POST OSPEDALIERA**
- INFORTUNIO SUL LAVORO**
- GRAVE PATOLOGIA**

allegare documentazione giustificativa o certificato

- DICHIARA** che durante il periodo di assenza richiesto sarà reperibile al consueto domicilio
- DICHIARA** che durante il periodo di assenza richiesto sarà reperibile:

città _____ cap. _____

Via _____ n. tel. _____

A.S.L. di _____ tel. _____ Fax _____

Con osservanza

Data _____

Firma del dipendente

ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

VISTO:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Angela Amato