

Oggetto: Denuncia di assenza per malattia

Il/ la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

ITI

IPSASR

IPSSAR

in qualità di docente

a tempo indeterminato

a tempo determinato

COMUNICA

ai sensi dell'art. 17 del CCNL 29 novembre 2007

di assentarsi per motivi di salute dal _____ al _____ come da prognosi del medico curante.

Alla presente si allega certificato medico rilasciato in data _____ .

Il sottoscritto/a fa presente che durante il periodo di assenza per malattia sarà domiciliato in

e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo.

Con osservanza

Data _____

Firma
