

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Istituto Omnicomprensivo

STIGLIANO

**OGGETTO**: comunicazione Permesso per malattia art.17 C.C.N.L. 29/11/2007

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio qualità di:

□ Direttore S.G.A □ Assistente Amministrativo □ Assistente Tecnico □ Collaboratore Scolastico con contratto individuale di lavoro □ a tempo indeterminato □ a tempo determinato nel plesso di □ Stigliano □ Accettura □ Aliano □ Gorgoglione

**Comunica**

Giorni \_\_\_\_\_di assenza per malattia dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giorni \_\_\_\_\_di assenza per visita specialistica dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giorni\_\_\_\_\_di assenza per ricovero ospedaliero dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giorni\_\_\_\_\_di assenza post-ricovero ospedaliero dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_ tel./ cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Si allega / Si riserva di Presentare la seguente documentazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Del Richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_