Al Dirigente Scolastico
dell' I.S.I.S. "Fermo Solari"
TOLMEZZO (UD)

Oggetto: Assenza per malattia (art 17 e 19 del CCNL 29/11/2007 Comparto Scuola).

Il/la sottoscritta/o _____ in servizio presso Codesto Istituto in qualità di: □ Docente □ ATA a tempo □ Determinato □ Indeterminato

COMUNICA

di essere assente per malattia dal _____ al _____ , per giorni ____

Comunica inoltre, che il domicilio durante la malattia sarà il seguente:

Città _____ Via _____ n. ____

Recapito telefonico _____/_____ o _____

(Altre informazioni) _____

_____

Allega certificato medico.

Tolmezzo, ____/____/____ (firma) _____

_____

Visto:

Tolmezzo, ____/____/____

DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Manuela Mecchia