

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO
OMNICOMPRESIVO
SANNAZZARO DE' BURGONDI**

OGGETTO: COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA.

Il sottoscritto _____ residente a

_____ Via _____ tel. _____

qualifica _____

a tempo indeterminato
a tempo determinato

in servizio presso questo Istituto Comprensivo , ai sensi dell'art.17 e 19 del
vigente C.C.N.L., comunica la propria assenza per malattia dal

_____ al _____ per gg. _____

Durante l'assenza il sottoscritto sarà reperibile all'indirizzo riportato sopra

indirizzo. Eventuale fascia oraria per visita fiscale:

nelle fasce orarie dalle 09.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 18.00;

nelle seguenti fasce orarie dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle

_____, per i seguenti motivi _____

di cui si allega documentazione.

Data _____

Firma

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i
dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per
i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs. 30/06/2003, n.
196)

Data _____

Firma
