

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "S.G. Bosco"
di Palazzo San Gervasio (PZ)

OGGETTO: Comunicazione di assenza Malattia Visita Specialistica
(artt. 17 e 19 CCNL 29/11/2007) Day Hospital Ricovero Ospedaliero

___ I ___ sottoscritt _____

In qualità di: Ins.te Infanzia Ins.te Primaria Doc. Sec. I gr. Coll.Scol. Ass. Amm.vo

In servizio presso la scuola: _____ di _____

con contratto a tempo indeterminato determinato.

comunica

alla S.V. l'assenza dal servizio per: Malattia Visita Specialistica
 Day Hospital Ricovero Ospedaliero

dal _____ al _____ di gg. _____ =

(oppure da compilare solo in caso di ricovero)

dal _____ e che, sentito il parere dei medici, la degenza e la convalescenza avrà una durata presumibile di _____ giorni.

Comunica, inoltre, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

via/piazza _____ n _____ tel. _____.

CAP _____ CITTA' _____ (prov. _____)

A.S.P. (ex A.S.L.) di competenza n. _____ tel. _____ =

Allega:

- certificato medico
- certificato ospedaliero

_____, _____ =

(firma)