ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE " Gorni"
Via Allende n. 7 – Tel. 0376–618926 Fax. 0376-626175
QUISTELLO (MN)
e-mail: mnic821001@istruzione.it
posta elettronica certificata: mnic821001@pec.istruzione.it
sito scuola: http://www.icquistello.gov.it

ASSENZA PER MALATTIA
–ART. 17 e 19 CCNL del 29-11-2007 -

Al Dirigente Scolastico

IL /LA SOTTOSCRITT__ _____

NAT___ A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N.____

INSEGNANTE |__| T.I. |__| T.D. DI SCUOLA |__|INFANZIA |__| PRIMARIA |__| SECONDARIA 1 °

in servizio, nel **corrente a.s. 20__ / 20___**, presso il plesso di _____

C O M U N I C A

che sarà assente per MALATTIA dal giorno _____ al giorno_____

Il /La Sottoscritt __ comunica che ai fini del controllo della malattia durante il periodo dell'assenza dal servizio sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via _____ n._____ telefono _____

cap_____ città _____provincia _____

e si impegna a dare immediata comunicazione dell'eventuale variazione della stessa e della fascia oraria di reperibilità ai sensi dell'art. 17 co. 16 del CCNL 2006 / 2009.

Il /La Sottoscritt __ dichiara altresì, sotto la sua personale responsabilità, che:

la malattia non è ascrivibile alla responsabilità di terzi;
la malattia è ascrivibile alla responsabilità di _____ a seguito di _____ la compagnia assicurativa del responsabile è _____ _____ con sede a _____ prov._____
Via /Piazza _____ n._____ telefono _____.

Alla presente si allega: certificato medico;
certificato di ricovero ospedaliero;
_____;

FIRMA

Data _____ _____

MOD. 03_docente