



ISTITUTO COMPRENSIVO 'G. MARCONI'

**Via Guglielmo Marconi, 1
41013 Castelfranco Emilia - Mo**

Tel 059 926254 - fax 059 926148 email: MOIC825001@istruzione.it

<http://www.scuolemarconi.it/>



Al Dirigente Scolastico
dell'I. C. 'G. Marconi'
di Castelfranco E. (MO)

Oggetto : **Comunicazione assenza per malattia.**

___ I ___ sottoscritt___ nato/a il ___
a ___ in servizio presso la
scuola___ di ___ in qualità di ___ a
tempo indeterminato/determinato

COMUNICA

ai sensi degli Artt. 17 e 19 (personale assunto a T.D.) del CCNL del 24/07/2003, che sarà assente per

- Malattia
- particolari accertamenti diagnostici
- Visite mediche
- Prestazioni specialistiche
- Ricovero
- Day ospital

dal ___/___/___ al ___/___/___ per totali n. ___ (_____) giorn___

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che non è possibile effettuare tale accertamento/visita/prestazione al di fuori dell'orario di servizio.

allega / allegherà

CERTIFICATO MEDICO:

CERTIFICAZIONE rilasciata dalla struttura pubblica attestante l'avvenuto accertamento/visita.

ALTRA DOCUMENTAZIONE:

Castelfranco E., _____

Firma
