Al DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’I. C. “Leonardo da Vinci”

Olevano sul Tusciano

Oggetto: Comunicazione di assenza.

Il/La sottoscritto/a docente assunto/a con contratto a tempo indeterminato – determinato in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C O M U N I C A

alla S.V. l’assenza dal servizio dal al gg. per

MALATTIA ai sensi dell’art. 17 o 19 del CCNL 29/11/2007 MALATTIA: VISITA SPECIALISTICA – ESAMI DIAGNOSTICI

MALATTIA DEL FIGLIO ai sensi dell’art. 47 del D.L.vo 26/03/2001 n. 151 modificato e integrato dal Decreto L.vo 23/4/2003 n. 115

Comunica, inoltre, che durante il periodo dell’assenza sarà reperibile al seguente indirizzo: via/piazza n. tel. CAP Città

Allega:

certificato medico certificato ospedaliero

altro

Data

Firma