

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.T.I.S. "L. Da Vinci"
Via Rosato, 5
66034 LANCIANO (CH)**

Tel. 0872-42556 – Fax 0872-702934

OGGETTO: **ASSENZA PER MALATTIA** – art. 17 del CCNL.-

IL/La sottoscritto/a _____

in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di _____

ai sensi dell'art. 17 del vigente CCNL, comunica la propria

ASSENZA PER MALATTIA

a decorrere dal _____ al _____

per n. _____ giorn ____, e, a tal fine, allega il prescritto certificato medico.

Durante l'assenza il/la sottoscritto/a sarà reperibile al seguente indirizzo:

1. nella fascia oraria dalle ore **10,00** alle ore **12,00** sarà assente per

2. nella fascia oraria dalle ore **17,00** alle ore **19,00** sarà assente per

di cui si allega la documentazione.

IN CASO DI INCIDENTE, indicare se lo stato di malattia dipende o non da terzi e, in caso positivo, comunicare il nome del responsabile (art. 21, comma 15 del CCNL comparto Ministeri sottoscritto il 16-5-1995 – C.M. prot. 5840 del 25-5-1998) e relazione scritta dell'evento.

Data _____

Firma _____