Al Dirigente Scolastico

dell’I.C. Puccini

Via Puccini, 23

43123 - Parma

Oggetto**: Comunicazione di assenza per malattia (art. 17 CCNL 29/11/2007)**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ docente assunto con contratto a tempo indeterminato – determinato in servizio presso il plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell’Istituto Comprensivo Puccini di Parma, comunica alla S.V., l’assenza dal servizio per malattia dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un totale di gg \_\_\_\_\_\_.

Comunica, inoltre, che durante il periodo dell’assenza sarà reperibile al seguente indirizzo: via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ASL di competenza n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega: □ certificato medico

□ certificato ospedaliero

□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parma, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^^**

Visto, il Dirigente Scolastico

Gastone Demaldè

Prot. n° \_\_\_\_\_\_/\_\_\_

del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_