

OGGETTO: PERSONALE DOCENTE e A.T.A. - ASSENZE PER MALATTIA.

Il/la sottoscritto/a _____

nat_ il _____ a _____ (_____)

in servizio presso questo Istituto nella sede di : GRUGLIASCO COLLEGNO

in qualità di _____ con contratto di lavoro a tempo:

indeterminato determinato (30/06) determinato (31/08) breve/saltuario

in conformità con la normativa vigente :

comunica l'assenza per :

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Malattia | <input type="checkbox"/> visita medica/esami clinici | <input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero / day hospital |
| <input type="checkbox"/> Infortunio | <input type="checkbox"/> Malattia per gravi patologie | <input type="checkbox"/> visita medica/esami clinici pre-natali |

n° giorni _____ dal _____ al _____

Allega **Allegnerà alla presente:**

certificato medico

N.B. - Nel caso di assenza per malattia è obbligatorio **indicare il recapito** (se diverso dall'abituale) per un eventuale visita fiscale.

Grugliasco, _____

Firma _____

=====

VISTO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Gian Michele CAVALLO