

COMUNICAZIONE ASSENZA PER SALUTE	DOCENTE PERSONALE A.T.A
---	------------------------------------

Al Dirigente Scolastico dell'IIS "G. Galilei" – Crema

Il sottoscritto	
in servizio quale	
con contratto a tempo	indeterminato determinato presso codesto istituto

COMUNICA
l'assenza dal servizio per

MALATTIA art. 17 commi 1,2,3,6,8 CCNL			
VISITA SPECIALISTICA - DAY HOSPITAL art. 17 comma 9 CCNL			
dal		al	tot. giorni

Fa presente il seguente recapito (in difetto si intende quello agli atti)

Recapito ASL (in difetto si intende quello agli atti)

La seguente fascia di reperibilità (in difetto si intende 10-12 e 17-19)

Si impegna qualora non sia già qui allegata, a far pervenire idonea e comprovante certificazione medica, anche per la eventuale variata fascia di reperibilità.

Data, _____ Firma del richiedente

Protocollo _____ del _____ **FIRMA DSGA**
(attestazione data e protocollo)

Allegati
1- Certificato medico
2-
3-

VISTO	IL DIRIGENTE SCOLASTICO _____
--------------	---