

Al Dirigente Scolastico
dell' I.S.I.S. "Dante Alighieri"
viale XX Settembre, 11
34170 GORIZIA

OGGETTO: ASSENZA PER MALATTIA

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso il Liceo Classico
"Dante Alighieri" / il Liceo Scientifico "Duca degli Abruzzi" / i Licei "Scipio Slataper" in qualità di
_____ con contratto di lavoro a tempo determinato / indeterminato

DICHIARA

- ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L./2007, per il personale **a tempo indeterminato**
- ai sensi dell'art. 19 del C.C.N.L./2007, per il personale **a tempo determinato**

di assentarsi per **malattia** dal _____ al _____ salvo prolungamento.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza delle disposizioni previste dal C.C.N.L. in materia di assenza per malattia.

Ai fini degli accertamenti medico-fiscali e medico-legali dichiara di essere reperibile al seguente indirizzo:

via/piazza

n. civ.

telefono

città

Indica la seguente diversa fascia oraria di reperibilità che intende osservare ed allega alla presente le motivazioni:

dalle ore _____ alle ore _____ (anziché dalle ore _____ alle ore _____)

Allega / Si riserva di allegare la certificazione medica.

(data)

(firma)

VISTO: IL DIRETTORE dei S.G.A.
- Sig.ra Paola METUS -

VISTO:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
- Prof.ssa Laura FASIOLO -