

Al Dirigente Scolastico
Liceo Statale
"V. Gambara"
B R E S C I A

Al D.S.G.A.
sede

Oggetto: Assenza per motivi di malattia.

Il/La sottoscritto/a _____ , _____
cognome e nome qualifica
nato/a a _____ il _____, in servizio presso codesto
istituto nel corrente a.s. _____ con contratto di lavoro:

a tempo indeterminato a tempo determinato

COMUNICA

di usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ di complessivi giorni _____
di **assenza per malattia** (art. 17 CCNL 29/11/2007).

Fa presente che in tale periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via _____ n° _____

Città _____ (prov. _____) Tel. _____

Allega: certificato medico certificato di ricovero ospedaliero

_____ data

_____ firma