

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Masaccio San Giovanni Valdarno (AR)

OGGETTO: comunicazione **assenza per malattia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/La | Sottoscritto/a |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| docente/ATA | a tempo indeterminato ai sensi dell’art. 17 del vigente CCNL  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| docente/ATA | a tempo determinato ai sensi dell’art. 19 del vigente CCNL |  |

|  |  |
| --- | --- |
| in servizio nell’I.C. Masaccio nella scuola |  |

COMUNICA:

la propria ASSENZA PER MALATTIA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dal |  | al |  | per gg. |  |

A tal fine:

|  |  |
| --- | --- |
|  | indica il protocollo del certificato medico |
|  | allega il certificato medico |

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | durante l’assenza sarà reperibile al seguente indirizzo: |
|  |

 Firma

San Giovanni Valdarno