



Ambito Territoriale CAL0000004

ISTITUTO COMPRENSIVO CETRARO

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado ad Indirizzo Musicale

Via Donato Faini - 87022 - CETRARO (CS) – ☎ e Fax (0982) 91081- 91294

C. F. 86001890788 - C. M. CSIC872004 - codice univoco ufficio UFV13L

e-mail: csic872004@istruzione.it- PEC: csic872004@pec.istruzione.it

Sito web: www.iccetraro.edu.it



Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Cetraro
Via Donato Faini snc - 87022 - Cetraro

Oggetto: Richiesta assenza per malattia

<input type="checkbox"/> Il sottoscritto <input type="checkbox"/> La sottoscritta	Cognome e nome _____
nat__ a	comune o Paese Estero di nascita _____
il	giorno/mese/anno ___/___/___
residente a	Comune di residenza _____ (___)
via	_____
numero civico	_____
domiciliato a (compilare nel caso in cui non coincidente con la residenza o nel caso in cui il dipendente si trova, al momento della malattia, in un luogo diverso da quello di abituale dimora nota all'amministrazione)	Comune _____ (___)
via	_____
numero civico	Comune _____ (___)
in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di	<input type="checkbox"/> Docente di <input type="checkbox"/> Scuola dell'Infanzia <input type="checkbox"/> Scuola Primaria <input type="checkbox"/> Scuola Secondaria di I grado Classe di concorso _____ <input type="checkbox"/> Personale ATA <input type="checkbox"/> Assistente Amministrativo <input type="checkbox"/> Collaboratore Scolastico

COMUNICA

ai sensi dell'art. 17 del CCNL Comparto Scuola sottoscritto in data 29 novembre 2007 la propria assenza dal servizio per motivi di salute per il periodo

dal _____ al _____ per complessivi mesi _____ giorni _____

Allega :

- certificato medico.

Data _____

Firma _____