Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Lepido"
di REGGIO EMILIA

OGGETTO: comunicazione assenza per malattia

_l_ sottoscritt_ _____

in servizio presso l'Istituto Comprensivo "Lepido" di R. E. in qualità di _____

comunica

ai sensi degli artt. 17 / 19 / 20 del CCNL. sottoscritto il 29.11.2007 che sarà assente per malattia dal _____ al _____ per un totale di gg. _____.

Dichiara che lo stato di malattia:

è stato causato
_____ da TERZI (indicare la causale) _____

non è stato causato

è stato causato
_____ da INFORTUNIO sul lavoro occorso in data _____.

non è stato causato

Allega: certificato del medico
certificato di ricovero ospedaliero
altra documentazione _____

Comunica, ai fini del controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al sotto indicato indirizzo dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,00 alle ore 18,00 in ciascun giorno dell'assenza anche se domenicale o festivo:

_____
(**nominativo**, indicato presso l'abitazione, **se diverso dal proprio**)

Via _____ n° _____ tel. _____

C.A.P. _____ Città _____.

Reggio Emilia, _____ firma del dipendente

_____