

Oggetto: Assenza per malattia.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
e residente in via \_\_\_\_\_  
comune di \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_,  
assunto/a a tempo indeterminato in qualità di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CHIEDE, ai sensi dell'art. 17 del CCNL Scuola 2006/2009, di assentarsi dal servizio per malattia  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ compresi;  
per un totale di giorni \_\_\_\_\_.

A TAL FINE DICHIARA

- che durante il periodo indicato dal medico sarà domiciliato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALLEGA certificazione medica con la sola prognosi.

Distinti saluti

Data

Firma