



Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo "U. Foscolo"  
42010 TOANO

OGGETTO: Comunicazione assenza per malattia - (artt 17 - - 19 - 20 Ccnl 29-11-2007)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_  
con contratto di lavoro a tempo \_\_\_ **indeterminato** \_\_\_ **determinato**, comunica che,  
ai sensi dell' art. 17 - 19 - 20 del C.C.N.L. del 4 agosto 1995 e successive modifiche e  
integrazioni,

### COMUNICA

che sarà assente per malattia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (tot. giorni) \_\_\_\_\_

Dichiara che lo stato di malattia

\_\_\_ **E'** stato causato da terzi \_\_\_ **NON E'** stato causato da terzi

(Se provocato da terzi indicare la causale) \_\_\_\_\_

\_\_\_ **E'** stato causato da INFORTUNIO \_\_\_ **NON E'** stato causato da INFORTUNIO

(Se provocato da INFORTUNIO indicare la causale) \_\_\_\_\_

Allega alla presente:

\_\_\_ Certificato medico

\_\_\_ Certificato di ricovero ospedaliero

\_\_\_ Altro (precisare) \_\_\_\_\_

Comunica, ai fini del controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile, dalle ore 9:00 alle ore 13:00 e dalle ore 15:00 alle ore 18:00, al sotto indicato indirizzo in ciascun giorno dell'assenza comprese le domeniche ed i festivi.

Località \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_

Nominativo indicato sul campanello (se diverso dal proprio) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_