

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: comunicazione assenza per malattia personale con contratto T.D.

(art. 25 C.C.N.L. 4.8.95 ed art. 49 C.C.N.L. 26.5.99)

___/___ sottoscritt___

- qualifica: DOCENTE DI SCUOLA MATERNA
 DOCENTE DI SCUOLA ELEMENTARE
 DOCENTE I°
 DOCENTE II°
 DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 ASS. AMM.VO/ASS.TECNICO
 COLLABORATORE SCOLASTICO
 PART TIME

- con contratto: a tempo determinato in sostituzione del titolare (massimo 30 gg retribuiti 50%)
 a tempo determinato primo anno di servizio (30 gg retribuiti 100%)
 a tempo determinato secondo anno di servizio (30gg ret. 100%, 60gg ret. 50%, 180gg ret. 0)

in servizio presso_____

comunica che sarà assente per malattia dal _____ al _____

allega:

- certificato medico
 certificato di ricovero
 altro

Comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

via/P.zza_____ n. _____ tel. _____

cap. _____ Città _____

_____, lì _____

FIRMA