

Al Dirigente Scolastico

---

**OGGETTO: comunicazione assenza per malattia personale con contratto T.I.**  
( art. 23 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

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