

Al Dirigente Scolastico
I.I.S. "Pascal - Comi-Forti"
TERAMO

Oggetto: "ASSENZA PER MALATTIA" art. 17 e 19 del C.C.N.L. 2006/2009.

Il sottoscritt _____ con la qualifica di _____
in servizio presso codesto Istituto nel corrente anno scolastico
con contratto a tempo indeterminato/determinato, ai sensi dell'art.17 e 19 del C.C.N.L. 2006-2009

COMUNICA

alla S.V. n. _____ giorni di **ASSENZA PER MALATTIA** dal ____ / ____ / ____ al
____ / ____ / ____

Allega alla presente certificazione medica.

Il sottoscritto fa presente che durante l'assenza il proprio recapito sarà il seguente:

Città: _____

Via: _____

Telefono: _____

Con osservanza.

Teramo, _____

Firma _____