



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE

" BRAGAGLIA "

VIA CASALE RICCI - FROSINONE

AL Dirigente Scolastico

ISTITUTO DI ISTRUZIONE
SUPERIORE STATALE "
BRAGAGLIA "

SEDE _____

Oggetto: Richiesta assenza per malattia.

I sottoscritt _____, nat a _____ il _____
in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:

Docente T.I

Docente T.D

ATA T.I.

ATA T.D

COMUNICA

ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. Scuola, la propria assenza dal servizio per malattia per il periodo:

dal _____ al _____ per complessivi n. _____ giorni.

Comunica, inoltre, che tale assenza è riconducibile a:

- Assenza per malattia; Assenza per malattia (visita medica);
- Ricovero ospedaliero/Convalescenza post-ricovero; Day hospital;
- Grave patologia che richiede terapia salvavita temporaneamente e/o parzialmente invalidanti;
- Infortunio sul lavoro; Infermità causata da colpa di un terzo;
- Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta

Dichiara che durante tale periodo sarà domiciliato in _____,

Via _____ n. _____

Comunica, altresì di doversi allontanare durante le fasce di reperibilità dall'indirizzo di cui sopra il
giorno _____ per i seguenti motivi: _____

Distinti saluti.

FROSINONE, li'

Firmato

