

Alla Dirigente Scolastica
I.C.S. "VITTORINO DA FELTRE"
Via Finalmarina n. 5 -TORINO

___l___ sottoscritt___ _____

nat___ il _____ a _____

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica nell'area della funzione DOCENTE /
NON DOCENTE (*) con rapporto di impiego a tempo determinato / indeterminato
(*) ai sensi dell'art. 23 del C.C.N.I. stipulato in data 04/08/1995,
(*: *cancellare la voce che non interessa*)

COMUNICA

di assentarsi per MALATTIA dal _____ al _____ per gg.: _____

Per il controllo medico fiscale ed eventuali comunicazioni dichiara che durante tale
periodo è reperibile presso il seguente indirizzo:

cognome _____ nome _____

via/corso _____ n° _____

CAP _____ Città _____ Tel.: _____

Unità Sanitaria Locale di appartenenza competente: n° _____ di _____

Allega alla presente: _____

Data _____

Firma _____

(riservato alla Segreteria)

Prot. n. _____ del _____