



SCUOLA MEDIA STATALE "Gregorio Caloprese"-SCALEA
Centro Territoriale Permanente Istruzione Formazione Adulti
Istituto sede di corsi e progetti finanziati dal FSE, FESR e dal CIPE



AL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____.

Il/La sottoscritt _____.

assunto/a in qualità di _____

con contratto a tempo indeterminato / determinato presso questo Istituto

C H I E D E

Ai sensi della L.1204/71 e L.53/2000 di assentarsi dal lavoro dal _____ al _____

per malattia del figlio _____ nato il _____,

come da allegato certificato medico

Data _____

Firma _____.