



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

OGGETTO: comunicazione assenza per malattia

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso la sede _____

COMUNICA

ai sensi degli artt. 23/25 del CCNL del 4/08/95

che sarà assente per malattia dal _____ al _____ per un totale di gg. _____

Dichiaro che lo stato di malattia:

• é stato causato / non é stato causato da TERZI (indicare la causale)

• é stato causato / non é stato causato da INFORTUNIO SUL LAVORO

occorso in data _____

Allega:

[] certificato medico

[] certificato di ricovero ospedaliero

[] altra documentazione

Comunica

ai fini di controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al sottoindicato indirizzo dalle ore 10,00 alle ore 12,00 e dalle ore 17,00 alle ore 19,00 in ciascun giorno dell'assenza anche se domenicale o festivo:

Via/Piazza _____ n°. _____ Tel. _____

C.A.P. _____ Città _____

Scalea, _____

Firma _____