

	MODULO DI REGISTRAZIONE	Codice documento AL 04 37	
	Titolo documento ASSENZA PER MALATTIA	Data emissione 08/01/03	Numero pagina 1/1
SISTEMA QUALITÀ	MODULISTICA UFFICIO PERSONALE	N° Edizione 01	N° Revisione 00

Al Dirigente Scolastico

l sottoscritt _____

nat_ il _____ a _____ (____) in servizio presso codesta
istituzione scolastica in qualità di _____ con contratto a tempo

indeterminato

determinato al __ (*) anno di servizio continuativo (* indicare l'anno di servizio 1°, 2°, ecc.)

ai sensi dell'art. 23 del CCNL del 04/08/1995 e successive integrazioni,

COMUNICA

di assentarsi per malattia:

dal _____ al _____ per un totale di n. ____ giorni

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

COGNOME _____ NOME _____

Via _____ n. ____ Tel. _____

CAP _____ Città _____

ASL (Azienda Sanitaria Locale) di appartenenza n. ____

Via _____ n. ____ Tel. _____

CAP _____ Città _____

Allega certificazione medica.

Data, _____

Firma _____