Al Dirigente Scolastico

I.C. Altopascio

55011 Altopascio

Il / la sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso la scuola

**□** Infanzia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **□** Primaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **□** Secondaria di 1° di codesto Istituto

con contratto a tempo **□** indeterminato **□** determinato in qualità di □ Docente **□** A.t.a.

**COMUNICA**

di usufruire dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per complessivi giorni \_\_\_\_\_\_\_\_ di

Assenza per:

□ Malattia (*ai sensi dell’art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009*).

□ Gravi patologie

□ Visita specialistica

□ Ricovero ospedaliero

□ Analisi cliniche

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in .................................................

................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

Numero di certificato :…………………….

Altopascio, ..............................................