

## Comunicazione di assenza per malattia

A

- ♦ art.23 CCNL 4.8.95 - modif.dall'art.49 del CCNL 26.5.99  
(personale a TEMPO INDETERMINATO)
- ♦ art.25 CCNL 4.8.95 - modif.dall'art.49 del CCNL 26.5.99  
(personale a TEMPO DETERMINATO)

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo N.2  
via Speranza, 58 BOLOGNA

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
in servizio presso la scuola: \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

con contratto di lavoro a tempo: **INDETERMINATO/DETERMINATO**  
(cancellare la voce non pertinente)

### COMUNICA

#### LA PROPRIA ASSENZA DAL SERVIZIO PER MALATTIA

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di giorni \_\_\_\_\_

A comprovare le motivazioni alla base della predetta comunicazione il/la sottoscritto/a allega:

certificato del medico curante  
(oppure)

\_\_\_\_\_  
(documentazione sanitaria)

Ai fini del controllo/verifica del proprio stato di salute, il/la sottoscritto/a comunica che, durante il periodo dell'assenza, il proprio domicilio sarà il seguente:

via/piazza \_\_\_\_\_ n.civico \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

(N.B. la comunicazione è necessaria qualora il domicilio nel periodo di malattia fosse diverso dall'abituale dimora)

Data, \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_