

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio
presso codesto Istituto in qualità di docente A.T.A.
a tempo indeterminato determinato

COMUNICA

ai sensi degli artt. 23/25 del C.C.N.L. del 04.08.1995 e successivi, che sarà assente per **malattia**
dal _____ al _____ per un totale di gg. _____

Dichiara che lo stato di malattia:

E' stato causato da TERZI (indicare la causale) _____

E' stato causato da INFORTUNIO sul lavoro occorso in data _____

Allega: certificato del medico

certificato di ricovero ospedaliero

altra documentazione _____
(specificare)

Comunica, ai fini del controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al sottoindicato indirizzo dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalla ore 15.00 alle ore 18.00 in ciascun giorno dell'assenza, compreso domenicale e festivo.

(nominativo indicato presso l'abitazione se diverso dal proprio)

Via _____ n. _____ tel. _____

CAP _____ Città _____

Reggio Emilia, _____

Firma