

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo  
BOTTACCHI

OGGETTO: Comunicazione di assenza per malattia (art. 17 CCNL 2006 / 2009 ).

.....l..... sottoscritt... ..  
personale DOCENTE / A.T.A. assunto con contratto a tempo indeterminato / determinato  
in servizio presso .....  
comunica l'assenza dal servizio per malattia  
dal ..... al ..... di gg. ....

Comunica, inoltre, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

via/piazza ..... n ..... tel. ....  
CAP..... CITTA' ..... (.....)

Allega:

- certificato medico
- certificato ospedaliero
- numero certificato .....

.....  
(data richiesta)

\_\_\_\_\_  
(firma)