

OGGETTO: COMUNICAZIONE ASSENZA PER SALUTE
Personale tempo indeterminato

Il/la sottoscritto/a _____

In servizio presso _____ a.s. _____

In qualità di _____ con contratto a tempo indeterminato

COMUNICA

ai sensi dell' art. 17 - CCNL/2007, di assentarsi per motivi di salute

dal _____ al _____ per complessivi gg. _____.

A tal fine dichiara:

- che durante il periodo indicato dal medico sarà domiciliato a _____
via _____ n. _____

Ovvero

presso la struttura sanitaria _____ per

seguirà

☐ certificazione medica

☐ certificazione ospedaliera

Data _____

firma _____

Orario di servizio 1 ^ giorno di assenza

Dalle ore _____ alle ore _____