

OGGETTO: COMUNICAZIONE ASSENZA PER SALUTE

Supplenti annuali

Il/la sottoscritto/a _____

In servizio presso _____ a.s. _____

In qualità di _____ con contratto a tempo determinato

COMUNICA

ai sensi dell'art. 19 - comma 3 e 4 - CCNL /2007, di assentarsi per motivi di salute

dal _____ al _____ per complessivi gg. _____.

A tal fine dichiara:

- di avere un contratto a tempo determinato in qualità di SUPPLENTE ANNUALE e quindi con diritto per il corrente anno scolastico a 30 giorni retribuiti al 100% e 60 giorni retribuiti al 50%

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

Via _____ n. _____

Ovvero

presso la struttura sanitaria _____

seguirà

certificazione medica

certificazione ospedaliera

Data _____

firma _____

Orario servizio 1^ giorno di assenza:

Dalle ore _____ alle ore _____ materia _____ Classe/i _____