

OGGETTO: COMUNICAZIONE ASSENZA PER SALUTE

Supplenti temporanei

Il/la sottoscritto/a _____

In servizio presso _____ a.s. _____

In qualità di _____ con contratto a tempo determinato

COMUNICA

ai sensi dell'art. 19 - comma 10 - 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 TEMPORANEO e quindi con diritto per il corrente anno scolastico a 30 giorni retribuiti al 50%.

-
Di aver fruito nel corrente anno scolastico presso altre istituzioni scolastiche dei sottoelencati periodi di assenza per salute:

dal _____ al _____ presso _____
dal _____ al _____ presso _____

- 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 di servizio 1 ^ giorno di assenza

Dalle ore _____ alle ore _____