|  |  |
| --- | --- |
| Al | Dirigente Scolastico  Istituto Comprensivo di Teolo  **“F. LAZZARINI”** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oggetto:** | **Comunicazione assenza per malattia personale con contratto T.I. e T.D.**  **Docenti e A.T.A.** (art. 17 CCNL 2007) |

|  |  |
| --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  |
| in servizio presso |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Qualifica |  | Docente di Scuola dell’infanzia |  |  | Direttore Amministrativo |
|  |  | Docente di scuola primaria |  |  | Assistente Amministrativo |
|  |  | Docente di scuola secondaria di 1° grado |  |  | Collaboratore Scolastico |
|  |  | **PART – TIME** |  |  | **PART – TIME** |

**Comunica che sarà assente per malattia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| dal |  | al |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Allega: |  | certificato medico | |
|  |  | certificato di ricovero | |
|  |  | altro specificare: |  |

Comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo di assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indirizzo |  | | |
| Tel. |  | Cell. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Monselice |  | Firma |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Visto | La Dirigente Scolastica  Dott..ssa Chiara Martin |