

Il/la sottoscritt . _____
nat ___ a _____ il _____ ,

in servizio presso questo Istituto in qualità di :

docente - d.s.g.a. - assistente amm.vo - collaboratore Scolastico
C.T.I C.T.D. (30 Giugno / 31 Agosto) C.T.D. con contratto temporaneo.

COMUNICA

alla S.V. di assentarsi dal **servizio ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 29 Novembre 2007**, per gg. _____ per i _____ motiv _____ sottoindicat. _____:

INFORTUNIO SUL LAVORO

MALATTIA DOVUTA A CAUSA DI SERVIZIO (a)

- dal _____ al _____ , come da allegato certificato medico rilasciato dal Dott. _____ in data _____.
- a decorrere dal _____ come da allegato certificato di ricovero presso _____
- il _____ per **“visita specialistica” / “accertamenti clinici”**, come da allegato certificato rilasciato dal Dott. _____ in data _____.

Ai fini dell'eventuale visita medica di controllo, 1 sottoscritt _____ dichiara che la U.S.L. di competenza è la N. _____ di _____ e che sarà presente al sotto indicato indirizzo

nelle fasce orarie dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00

nelle fasce orarie: dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____ per i motivi di cui all'unità documentazione / autocertificazione.

Durante il predetto periodo di assenza per malattia 1 sottoscritt _____ risiederà in _____, Via _____

- Telefono _____ .

Palermo, _____

(a) depennare la parte che non interessa