

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*