

MONTA', li _____

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo di Montà

Il sottoscritt _____ in servizio c/o codesto istituto in qualità di : **Docente** **Ata** con contratto a Tempo **Indeterminato** **Determinato**

COMUNICA

ai sensi del vigente CCNL-Comparto Scuola l'assenza per **malattia**

dal _____ al _____ per un totale di gg. _____

riconducibile a :

- Day-Hospital
- Ricovero ospedaliero
- Terapia salvavita
- Causa Servizio

Dichiara che lo stato di malattia:

- non** è stato causato da Terzi
- è stato causato da terzi (indicare la causale) _____

- non** è stato causato da Infortunio sul lavoro
- è stato causato da Infortunio sul lavoro occorso in data _____

Allega

- certificato del medico / telematico
- certificato di ricovero ospedaliero più eventuale convalescenza

Comunica, ai fini del controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al sottoelencato indirizzo

_____ tel. _____

Data

.....
(firma del dipendente)

N.B. barrare le caselle che interessano