

**MINISTERO DELL’ ISTRUZIONE**

***ISTITUTO COMPRENSIVO “E. CALVI” DI RIVOLTA D'ADDA***

Viale Piave, 2 - 26027 Rivolta d'Adda (CR) - tel. 0363 78165 - fax 0363 79729

C.F. 91036360195 - C.M. CRIC81800X - email CRIC81800X@ISTRUZIONE.IT

PEC: CRIC81800X@PEC.ISTRUZIONE.IT

Assenza per malattia

RICOVERO OSPEDALIERO

Alla Dirigente Scolastica

I. C. “E. Calvi” di Rivolta d’Adda

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………………………………………

⃝ docente - ⃝ A.T.A. assunto/a a tempo ⃝ indeterminato - ⃝ indeterminato,

in servizio nella scuola ⃝ infanzia - ⃝ primaria - ⃝ secondaria di 1° grado - ⃝ ufficio di segreteria

di ………………………………………………………………………

COMUNICA

ai sensi degli artt.17/19 del CCNL Scuola2006/2009 di assentarsi dal lavoro per motivi di salute dal

………………………………… al …………………………………….

A TAL FINE DICHIARA

* che durante il periodo indicato sarà domiciliato/a (scrivere il recapito solo se diverso dal consueto domicilio, altrimenti barrare)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* RICOVERO OSPEDALIERO (si invierà la documentazione)

ALLEGA altra eventuale documentazione: ………………………………………………………………………………………

Data, ……………………………………………………… Firma