

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
R U F F A N O**

**OGGETTO: COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA**

(art. 17 e 19 C.C.N.L. 29/11/2007)

\_\_\_/\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

qualifica:  DOCENTE SCUOLA DELL'INFANZIA  
 DOCENTE SCUOLA PRIMARIA  
 DOCENTE SCUOLA SECONDARIA 1° GRADO  
 DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
 ASSISTENTE AMMINISTRATIVO  
 COLLABORATORE SCOLASTICO

con contratto di lavoro a tempo  DETERMINATO (SUPPL. TEMPORANEO) 30 gg. 50%  
 DETERMINATO 1° mese 100% - 2° e 3° mese 50%  
 INDETERMINATO

in servizio presso \_\_\_\_\_

comunica l' assenza per malattia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg. \_\_\_\_\_.

Allega:

certificato medico  
 certificato di ricovero  
 altro

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

via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA