|  |
| --- |
| Da inviare tempestivamente all’indirizzo di posta istituzionale della scuola bomm365005@istruzione.it dopo aver ricevuto la prognosi dal proprio medico curante |

Al CPIA Montagna

**OGGETTO: Comunicazione di assenza per malattia (art. 17 CCNL 29/11/2007)**

 Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] docente [ ] A.T.A. assunto/a con contratto a tempo [ ] indeterminato [ ] determinato

**COMUNICA**

 l’assenza dal servizio per malattia dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 per complessivi n° \_\_\_\_\_\_\_\_ giorni, come da prognosi del medico curante (indicare il **numero del certificato telematico** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

Comunica, inoltre, che durante il periodo dell’assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

 Via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_).

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni in indirizzo.

 Luogo e data

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_