

Assenza per malattia (3)

(Personale a tempo determ. - supplenze annuali/fino al termine delle attività didattiche)

Al Dirigente scolastico

Oggetto: *assenza per malattia*

Il/la sottoscritto/a _____,

nato/a il _____ a _____ prov. _____

e residente in via _____ n. _____

comune di _____ cap _____ prov. _____,

assunto/a a tempo determinato in qualità di _____

in servizio presso _____

CHIEDE,

ai sensi dell'art. 19 commi 3 e 4 del Ccnl Scuola 2006/2009, di assentarsi dal servizio per motivi di salute dal al compresi.

A TAL FINE DICHIARA

- di avere un contratto a tempo determinato in qualità di supplente fino al (30/6 oppure 31/8) e quindi con diritto a 30 giorni retribuiti al 100% e 60 giorni al 50%;
- che durante il periodo indicato dal medico sarà domiciliato/a a:

In caso di diniego a fruirla, i motivi di servizio ostativi devono essere comunicati per iscritto allo/a scrivente ai sensi degli artt. 2 e 3 della Legge 241/90, come integrata dalla L. n. 15/2005.

ALLEGA certificazione medica con la sola prognosi.

Distinti saluti

Data

Firma