

OGGETTO: **Comunicazione assenza malattia.**

Il/la sottoscritto/a

in servizio con contratto a tempo:

ATA nella qualità di:

DOCENTE per l'insegnamento di

nel:

Corso DIURNO

Corso SERALE

in servizio presso codesta Istituto

F A P R E S E N T E

Ai sensi del C.C.N.L. scuola vigente, di avere comunicato

L'assenza per motivi di salute per complessivi

n°

giorni

dal

al

In tal senso:

Si comunica che il certificato è stato inviato telematicamente all' Istituto dal medico;

allega il certificato rilasciato dal medico ASL o convenzionato;

riporta il n° identificativo del certificato nel caso in cui il medico non abbia potuto stampare la certificazione.

Dichiara che l'assenza è imputabile ad un terzo responsabile: SI NO

CHIARI

FIRMA del DIPENDENTE