

**ASSENZA PER MALATTIA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In servizio presso la scuola \_\_\_\_\_

- In qualità di docente a tempo determinato/indeterminato
- In qualità di personale A.T.A. : (Coll. Scol.- Ass.te Amm.vo- D.S.G.A.) a tempo determinato/indeterminato

**COMUNICA**

Ai sensi degli artt. 17 e 19 del CCNL/2003 che sarà assente per malattia

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di giorni \_\_\_\_\_

Allega:

- certificato medico
- certificato di ricovero ospedaliero o day hospital
- certificato di visita specialistica

**DICHIARA CHE LO STATO DI MALATTIA :**

- è stato causato
- non è stato causato da TERZI

Novellara, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Prof.ssa Lucia Valentini)