ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE QUILIANO
Via Valleggia Superiore 17047 QUILIANO
Tel. 019/880169 Fax 019/2165283 svic809005@istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI QUILIANO

OGGETTO: ASSENZA PER MALATTIA.

Il/La sottoscritto/a_____ nato/a_____ il_____

prov._____ residente in via_____ comune di_____ cap._____

in servizio presso questo Istituto Comprensivo nel plesso di _____

in qualità di _____ con incarico a tempo indeterminato/determinato

CHIEDE

alla S.V. ai sensi dell'art. 17 e dell'art. 19 del CCNL 2006/09 di assentarsi dal servizio per motivi di salute

dal_____ al_____ compresi

A TAL FINE DICHIARA che durante il periodo indicato dal medico sarà domiciliato/a_____

_____

In caso di diniego a fruire, i motivi di servizio ostativi devono essere comunicati per iscritto allo/a scrivente ai sensi degli art. 2 e 3 della legge 241/90.

ALLEGA certificazione medica con la sola prognosi_____

Quiliano_____

Firma_____

Il Dirigente Scolastico
(Angela CASCIO)