



MINISTERO dell'ISTRUZIONE
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO "PIAZZA WINCKELMANN"
P.zza J. J. Winckelmann, 20 - 00162 ROMA – Cod. RMIC8EC00C
Tel. 06/86219146 – Fax 06/86325006 – Codice Fiscale 97713670582
e-mail rmic8ec00c@istruzione.it – PEC rmic8ec00c@pec.istruzione.it – Codice Univoco Ufficio **UF9CBP**

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Piazza Winckelmann" - Roma

Oggetto: Comunicazione assenza per malattia (art. 17 CCNL 2006/09).

... I ... sottoscritt ... _____ in servizio presso
(Cognome e Nome)
in questa istituzione scolastica in qualità di _____
(Docente / A.T.A.)
in posizione di _____ con contratto di lavoro a tempo
(Titolare / supplenza annuale / Assegnaz. Provv.)
Determinato / Indeterminato:

COMUNICA

l'assenza per malattia dal _____ al _____ per n. _____ giorni

Allega:

Certificato medico

Certificato di ricovero ospedaliero

Comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via/Piazza _____ n. _____ Telefono _____

C.A.P. _____ Città _____

Data _____

Firma _____