**Al Dirigente scolastico**

**del 1° IC Monte San Giovanni Campano**

**Via Pozzo San Paolo snc**

**Monte San Giovanni Campano (FR)**

e-mail: [fric83300c@istruzione.it](mailto:fric83300c@istruzione.it)

…l… sottoscritt.. …………………………………………………..…..………………………………………………………...

nat.. a ………………………………il ………………….…………….…….. in servizio presso questo Istituto in qualità

di ………………………………………….…. .. a t.i. ovvero a t.d., ai sensi del CCNL 2002/05 e successive modifiche

ed integrazioni, chiede di poter fruire di:

* **ASSENZA PER MALATTIA** (art. 17)

(L’assenza per malattia, salvo comprovato impedimento, deve essere comunicata tempestivamente e comunque non oltre l’inizio dell’orario di lavoro del giorno in cui essa si verifica, anche nel caso di prosecuzione della stessa)

N. GIORNI\_\_\_\_\_\_ dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motivo:

□ Periodo malattia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Visita specialistica-accertamenti diagnostici

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Grave patologia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data rilascio certificato medico cartaceo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° protocollo certificato telematico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuale recapito diverso da quello di residenza o domicilio dichiarato (art. 17, comma 13):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

…………………………

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Fabiana Celentano

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LA DSGA

Avv. Silvia Reale

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_