AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI INDUNO OLONA

Oggetto: **Assenza per malattia** (personale a tempo determinato – supplenze annuali o fino al termine delle lezioni)

Il/La sottoscritto/a_____
nato/a il_____a_____prov._____
residente in via/piazza_____n._____
comune di_____cap_____prov._____
assunto/a a tempo determinato in qualità di_____
in servizio presso_____

C H I E D E

ai sensi dell'art. 19 comma 3 e 4 del Ccnl Scuola 2002/2005, di assentarsi dal servizio per motivi di salute dal_____al_____compresi.

A TAL FINE DICHIARA:

- di avere un contratto a tempo determinato in qualità di supplente temporaneo fino al_____e quindi con diritto a 30 giorni retribuiti al 100% e 60 giorni al 50%;
- che durante il periodo indicato dal medico sarà domiciliato/a a_____

_____

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

ALLEGA certificazione medica con la sola prognosi.

Distinti saluti.

Data_____ Firma_____