AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
DI INDUNO OLONA

Oggetto: **Assenza per malattia** (personale a tempo indeterminato).

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

C H I E D E

ai sensi dell'art. 17 Ccnl Scuola 2002/2005, 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 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.

Induno Olona_____

Firma

_____