

OGGETTO: comunicazione assenza per malattia (Art. 19 del CCNL Scuola 2006-2009).

Il/la sottoscritt _____, in servizio presso questo
Istituto in qualità di _____ con contratto di lavoro a tempo determinato
dal _____ al _____, plesso scolastico _____,

C O M U N I C A

l'assenza dal servizio per malattia dal _____ al _____ compresi.

Comunica, inoltre, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via /Piazza _____
n. _____ CAP _____ Città _____
(____) tel. _____.

Ai sensi dell'art 55 septies del D.Lgs. 30 marzo 2001, n.165, il certificato medico attestante lo stato
di malattia del/della sottoscritt _____ verrà inviato all'INPS per via telematica direttamente dal medico
curante nei termini previsti dalla normativa vigente.

Data _____

Firma _____