

OGGETTO: comunicazione assenza per malattia (Art. 17 del CCNL Scuola 2006-2009).

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_, in servizio presso questo  
Istituto in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto di lavoro a tempo  
indeterminato, 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 \_\_\_\_\_