" A. BERENINI " FIDENZA

Al Dirigente Scolastico
dell'I.T.I.S. "A. Berenini"
Via Alfieri, n. 4
43036 FIDENZA (PR)

Oggetto : **Comunicazione assenza per malattia**

- **Per particolari accertamenti diagnostici**
- **Visite mediche**
- **Prestazioni specialistiche**

_l_ sottoscritt_ _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di:

_____ con contratto a tempo indeterminato / determinato,

c o m u n i c a

ai sensi degli Artt. 17 e 19 (personale assunto a T.D.) del CCNL del 24/07/2003, che sarà assente per

M**ALATTIA**: dal ___/___/___ al ___/___/___ per totali n. ___ giorn__

e dichiara

sotto la propria responsabilità che non è possibile effettuare tale accertamento/visita/prestazione al di fuori dell'orario di servizio.

allega / allegherà

- CERTIFICATO MEDICO: _____
- CERTIFICAZIONE rilasciata dalla struttura pubblica attestante l'avvenuto accertamento/visita.
- ALTRA DOCUMENTAZIONE: _____

Fidenza, ___/___/_____ (firma) _____