

Oggetto : **Comunicazione assenza per malattia.**

Il sottoscritt _____ in servizio presso questo Istituto
in qualità di: _____ con contratto a tempo indeterminato/determinato

comunica

ai sensi degli Artt. 17 e 19 (personale assunto a T. D.) del C.C.N.L. del 29/11/2007, che sarà assente per

MALATTIA: dal ___/___/___ al ___/___/___ per totali n. ___ giorn__

e dichiara che lo stato di malattia:

- è stato causato/non è stato causato da terzi (Sig.) _____
(causale) _____
- è stato causato / non è stato causato da infortunio sul lavoro occorso in data ___/___/___
(causale) _____

allega / allegherà

- CERTIFICATO MEDICO: _____
- CERTIFICATO DI RICOVERO OSPEDALIERO: _____
- ALTRA DOCUMENTAZIONE: _____

Comunica, inoltre,

ai fini del controllo della malattia, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al sotto indicato indirizzo dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 18.00 in ciascun giorno dell'assenza, anche se domenicale o festivo.

(nominativo indicato nell'abitazione): _____

(città) _____ (via e n.) _____ (tel.) _____

Fidenza, ___/___/___

(firma) _____