Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo

di Cervasca

**Oggetto:** assenza per malattia e richiesta riconoscimento di cui all’art.17 c. 9 del CCNL

 2006/2009.

\_\_\_l\_\_\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio in codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a

tempo determinato/indeterminato, comunica che si assenterà per malattia per un periodo di gg. \_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Richiede inoltre che il suddetto periodo di assenza per malattia riferito a una “grave patologia”, come risulta dalla certificazione medica allegata, venga riconosciuto ai sensi del comma 9 art. 17 CCNL 2006/2009.

Precisa che durante il suddetto periodo sarà reperibile:

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cervasca, lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_