

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DI SOSPIRO

Oggetto: **COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA, art. 17 CCNL 29 novembre 2007**
visita medica prestazione specialistica accertamento diagnostico

...I... sottoscritt... _____

docente dsga assistente amministrativo collaboratore scolastico

nat... a _____, il _____,

con contratto di lavoro a tempo indeterminato determinato in servizio presso

la scuola: dell'infanzia primaria secondaria di 1° grado di _____,

COMUNICA

la propria assenza per malattia visita medica prestazione specialistica accertamento
diagnostico (*) dal _____ al _____ (giorni _____).

Allega: (*) prescrizione della visita specialistica/impegnativa del medico;

biglietto di prenotazione;

(altro, specificare :) _____ .

(*) Contrassegnare con una X le caselle che interessano, tenendo conto che la certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria che ha erogato la prestazione è obbligatoria e deve essere presentata al momento della ripresa di servizio.

...I... sottoscritt... _____ dichiara, sotto la propria personale
responsabilità, che la visita medica la prestazione specialistica l'accertamento diagnostico
(*), al momento della prenotazione gli/le è stata fissata per il giorno _____, alle ore

Sospiro, _____

(firma)