

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
SANNAZZARO DE' BURGONDI**

**OGGETTO:** COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_

a tempo indeterminato  
a tempo determinato

in servizio presso questo Istituto Comprensivo , ai sensi dell'art.17 e 19 del  
vigente C.C.N.L., comunica la propria assenza per malattia dal

\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg. \_\_\_\_\_

Durante l'assenza il sottoscritto sarà reperibile all'indirizzo riportato sopra

indirizzo. Eventuale fascia oraria per visita fiscale:

nelle fasce orarie dalle 09.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 18.00;

nelle seguenti fasce orarie dalle \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ e dalle \_\_\_\_\_ alle

\_\_\_\_\_, per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

di cui si allega documentazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i  
dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per  
i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.Lgs. 30/06/2003, n.  
196)

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_