

MOD 2-assenza per malattia

AL DIRIGENTE SCOLASTICO – D.D. POGLIANO MILANESE

Tramite Ufficio di Segreteria – via Garibaldi, 21  
POGLIANO MILANESE

(luogo) ..... data .....

**Oggetto: COMUNICAZIONE DI ASSENZA PER MALATTIA (art.17 CCNL e L.133/2008)**

- **da comunicare tempestivamente e comunque all'inizio dell'orario di lavoro**  
dalle ore 7,50 alle ore 8,10 all'Ufficio di segreteria (**tel. 02.9340438**) per l'annotazione sul "Registro dei fonogrammi"
- **da recapitare o spedire a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, unitamente al certificato di giustificazione dell'assenza, entro i due giorni successivi all'inizio della malattia o alla eventuale prosecuzione della stessa.**

Il/la sottoscritto/a	
----------------------	--

In servizio nella scuola di	via	
-----------------------------	-----	--

<b>Con contratto</b>	A tempo indeterminato (.....)	A tempo determinato (.....)	Segnare con (X) la parte che interessa
----------------------	-------------------------------	-----------------------------	--

<b>In qualità di</b>	DSGA (.....)	Assistente amministrativo (.....)	Collaboratore scolastico (.....)
	Docente sc. Primaria (.....)	Docente sc. Infanzia (.....)	Segnare con (X) la parte che interessa

**COMUNICA CHE**

a) l'assenza dal servizio per malattia è compresa nel periodo

dal giorno	presumibilmente fino al giorno	TOTALE GIORNI
.....	.....	.....

b) L'assenza costituisce nell'anno solare 200...

- .....(*) episodio di malattia
---------------------------------

(\*) completare ,scrivendo: "primo" -, "secondo" "oltre il secondo"

Allega:

- certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica

NEL SUDETTO PERIODO SARA' REPERIBILE AL SEGUENTE RECAPITO:

Firma