

Oggetto: assenza per malattia - visita medica programmata - tempo determinato

Il/La sottoscritto/a _____,

docente

ATA

con contratto a **tempo determinato** ed in servizio presso codesto Istituto comunica, in applicazione dell'art. 19 del CCNL 2006-2009 che resterà assente

dal _____ al _____ per un totale di mesi _____ e
giorni _____ per

malattia - si allega il certificato medico;

visita medica programmata - si allega preventivamente la richiesta di impegnativa e, a posteriori, una dichiarazione di effettivo svolgimento della visita.

Nel periodo della malattia risiederà nella ordinaria residenza, **oppure** presso

_____ in via _____ n. _____

comune _____ prov. _____.

data _____

firma _____

Vista la richiesta di assenza per malattia

Visto il certificato medico

si prende atto dell'assenza

la retribuzione nel periodo di assenza è del:

100%

50%

nessuna retribuzione

si richiede la visita fiscale

non si richiede la visita fiscale

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Nicoletta Ambrosio

data _____