Al Dirigente Scolastico dell’I.T.E. “A. De Viti De Marco”

Casarano

\_L\_ sottoscritt\_ in servizio, nell’anno scolastico , presso questo Istituto in qualità di:

* docente  A.T.A.

a tempo:  indeterminato  determinato

consegna, ai sensi dell’art.17, comma 11 del C.C.N.L.S 2006/2009, il certificato medico dell’assenza per motivi di salute di giorni (dal al )

comunica, ai sensi dell’art.17, comma 9 del C.C.N.L.S. 2006/2009, che il giorno

si assenterà per visita medica specialistica e consegnerà la dovuta documentazione al rientro in servizio, come previsto dal comma 11 sopra citato.

Firma

Consegna certificato medico