

\_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

\_\_\_\_\_