

Al Dirigente Scolastico
Istituto d'Istruzione Superiore
"Luca da Penne – Mario dei Fiori"

PENNE

OGGETTO: Comunicazione assenza per malattia.

__l__ sottoscritt__ _____ in servizio presso codesta

Scuola in qualità di _____ a tempo _____;

COMUNICA

che sarà assente per malattia dal ___/___/___ al ___/___/___ per complessivi giorni
_____.

Comunica, inoltre, che durante il suddetto periodo di assenza il suo domicilio sarà il
seguinte:

Via/Piazza/C.da _____ n. _____, Tel. _____

Cap. _____ Città _____.

Allega:

CERTIFICATO MEDICO

CERTIFICAZIONE DI RICOVERO OSPEDALIERO

(barrare la casella che interessa)

Penne, ___/___/___

firma

N.B. L'assenza per malattia, salva l'ipotesi di comprovato impedimento, deve essere comunicata tempestivamente o comunque non oltre l'inizio dell'orario di lavoro in cui essa si verifica, anche nel caso di eventuale prosecuzione di tale assenza.

Il dipendente salvo comprovato impedimento, è tenuto a recapitare o spedire a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento il certificato medico di giustificazione dell'assenza, entro i due giorni successivi all'inizio della malattia o alla eventuale prosecuzione della stessa. Qualora tale termine scada in giorno festivo esso è prorogato al primo giorno lavorativo successivo.