

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRESIVO  
DI NOVELLARA**

**ASSENZA PER MALATTIA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in servizio presso la Scuola \_\_\_\_\_

in qualità di Docente a tempo determinato/indeterminato

in qualità di personale A.T.A. : (Coll. Scol.-Ass.te Amm.vo-D.S.G.A.) \_\_\_\_\_  
a tempo determinato /indeterminato

**COMUNICA**

Ai sensi degli artt. 17 e19 del CCNL/2003 che sarà assente per malattia

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di giorni \_\_\_\_\_

Allega:

**certificato medico**    **certif. di ricovero osped. o day hospital**    **certif. di visita specialistica**

DICHIARA CHE LO STATO DI MALATTIA :

è stato causato/non è stato causato da TERZI (indicare causale) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
comunica, al fine del controllo della malattia , che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile ,  
dalle ore 8,00 alle ore 13,00 e dalle ore 14,00 alle ore 20,00 in ciascun giorno dell'assenza anche  
domenicale o festivo, al seguente indirizzo:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

Novellara, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma

---

---

**ISTITUTO COMPRESIVO DI NOVELLARA  
DI SCUOLA MATERNA, ELEMENTARE E MEDIA**

VISTO: la presente istanza è stata assunta a protocollo il \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
( Prof. Demetrio D'Agostino )  
\_\_\_\_\_