

OGGETTO: assenza per malattia - artt.17-19, CCNL 2006-2009.

I sottoscritt _____

in servizio presso questo Liceo in qualità di personale ATA qualifica _____

con contratto di lavoro a tempo: determinato indeterminato**COMUNICO**

▪ L' assenza per malattia, dal _____ al _____ n.gg. _____

e il n. di protocollo dell'attestato di malattia _____

Durante il suindicato periodo I sottoscritt _____ è domiciliat _____ al seguente indirizzo:

Località _____ Via _____ tel _____

Data _____

(firma)

=====

LICEO SCIENTIFICO "DARWIN"

Visto

Il Dirigente Scolastico
Maria Luisa *Mattiuzzo*

Assunta al prot. della scuola in data _____ n. _____