

OGGETTO: RICHIESTA DI ASTENSIONE DAL LAVORO PER MALATTIA

___ I ___ sottoscritt___ _____

in servizio presso questo Istituto nel corrente anno scolastico in qualità di _____

con contratto a tempo _____

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire:

MALATTIA

dal _____ al _____ mesi _____ gg. _____

Allega/allegnerà _____

MALATTIA (grave patologia art.17 p.9 CCNL 29/11/07)

dal _____ al _____ mesi _____ gg. _____

(per quanto riguarda la certificazione medica specifica, fa riferimento a quanto già prodotto ed agli atti di codesto Istituto)

Parma, _____

(firma)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

VISITA FISCALE

disposta

non disposta

REFERTO MEDICO FISCALE

pervenuto

non pervenuto

ESITO DELLA VISITA

positivo

negativo

STATO DELLA PRATICA

completa

non completa

VISTO:

IL DIRETTORE S.G.A.
Mariantonietta Mirabile

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Cappellini Adriano