



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI
STRAMBINO (TO)**

Via Modesto Panetti, 18 - 10019 Strambino (TO)

Tel. 0125/711342-639021

e-mail: segreteria@icstrambino.gov.it - TOIC89300A@istruzione.it

pec: TOIC89300A@PEC.ISTRUZIONE.IT

Sito: www.icstrambino.gov.it

C.F.: 84004350017 - C.U.: UFCZ8J



alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo di Strambino (TO)

OGGETTO: Comunicazione assenza per malattia, ai sensi dell'art.17 C.C.N.L. 29-11-2007

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica

plesso di _____ Infanzia Primaria S.S. di I° grado

in qualità di _____ Insegnante A.T.A.

comunica che sarà assente per malattia dal _____ al _____ = gg _____

ALLEGA:

<input type="checkbox"/>	certificato medico
<input type="checkbox"/>	certificato di ricovero ospedaliero
<input type="checkbox"/>	

comunica, ai fini della visita fiscale di controllo, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

via/piazza _____ n° _____

città _____ CAP _____ prov _____

cellulare _____ e-mail _____

luogo _____ data _____

firma _____

VISTO:

si concede
 NON si concede

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Dott.ssa Laura BALEGNO