**AL**



**Richiesta assenza per malattia**

**Dirigente Scolastico**

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE " NR. 6 "**

**SEDE**

**\_\_\_\_\_\_**

**Oggetto: Richiesta assenza per malattia.**

**La sottoscritta in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di Docente T.I./T.D.**

**COMUNICA**

**ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. Scuola, la propria assenza dal servizio per malattia per il periodo: dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al per complessivi n. giorni.**

**Comunica, inoltre, che tale assenza è riconducibile a:**

**- Assenza per malattia;**

**- Assenza per malattia (visita medica);**

**- Ricovero ospedaliero/Convalescenza post-ricovero;**

**- Day hospital;**

**- Grave patologia che richiede terapia salvavita temporaneamente e/o parzialmente invalidanti;**

**- Infermità causata da colpa di un terzo;**

**- Infortunio sul lavoro;**

**- Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta**

**Dichiara che durante tale periodo sarà domiciliata in , Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Comunica, altresì di doversi allontanare durante le fasce di reperibilità dall'indirizzo di cui sopra il giorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per i seguenti motivi:**

**Distinti saluti.**

**MODENA,**

**Firma**

*Codice modulo: 007*