

## Al Dirigente Scolastico

---

**OGGETTO: comunicazione assenza per malattia personale con contratto T.D.**

(art. 25 C.C.N.L. 4.8.95 ed art. 49 C.C.N.L. 26.5.99)

\_\_\_/\_\_\_ sottoscritt\_\_\_

- qualifica:  DOCENTE DI SCUOLA MATERNA  
 DOCENTE DI SCUOLA ELEMENTARE  
 DOCENTE I°  
 DOCENTE II°  
 DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
 ASS. AMM.VO/ASS.TECNICO  
 COLLABORATORE SCOLASTICO  
 **PART TIME**

- con contratto:  a tempo determinato in sostituzione del titolare (massimo 30 gg retribuiti 50%)  
 a tempo determinato primo anno di servizio (30 gg retribuiti 100%)  
 a tempo determinato secondo anno di servizio (30gg ret. 100%, 60gg ret. 50%, 180gg ret. 0)

in servizio presso\_\_\_\_\_

comunica che sarà assente per malattia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

allega:

- certificato medico  
 certificato di ricovero  
 altro

Comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

via/P.zza\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cap. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

---

FIRMA