

RISERVATO ALL'UFFICIO
ISTITUTO COMPRENSIVO
"C.SO MATTEOTTI"
ALFONSINE
Data: _____
Prot. n. _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
"C.so Matteotti"
ALFONSINE

OGGETTO: ASSENZA DOVUTA AD INFORTUNIO

Sig. _____

_____, sottoscritt _____

in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di _____
con rapporto di lavoro a Tempo Indeterminato/Determinato, ai sensi C.C.N.L./29.11.2007,

COMUNICA

la propria assenza malattia dal _____ al _____ per
n. _____ giorni, a seguito di infortunio verificatosi in data _____.

Durante l'assenza, nelle fasce orarie dalle ore 10 alle ore 12 e dalle ore 17 alle ore 19, sarà
reperibile al seguente indirizzo: Via/P.zza _____ n. _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____

Comunica inoltre che in data _____, dalle ore _____ alle ore _____

e dalle ore _____ alle ore _____ non sarà reperibile all'indirizzo indicato per le
motivazioni di seguito indicate: _____

ALLEGA:

- Denuncia di infortunio;
- Certificato medico certificato di ricovero ospedaliero _____;

SI RISERVA DI INVIARE

- Denuncia di infortunio certificato medico certificato di ricovero ospedaliero
- _____

Data, _____

(Firma)