

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_  
in servizio presso codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_,

COMUNICA

ai sensi degli artt.23/25 del C.C.N.L. del 4.8.1995 e successivi, che sarà assente per **malattia**  
**DAL** .....**AL** .....per un totale di **gg**.....

Dichiara che lo stato di malattia:

- Non/è stato causato da TERZI (indicare la causale) \_\_\_\_\_  
 Non/è stato causato da INFORTUNIO sul lavoro occorso in data \_\_\_\_\_

Allega:       Certificato del medico  
                  Certificato di ricovero ospedaliero  
                  Altra documentazione

Comunica, ai fini del controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al sottoindicato indirizzo dalle ore 09.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 18.00 in ciascun giorno dell'assenza, compreso domenicale e festivo:

\_\_\_\_\_  
(Nominativo indicato presso l'abitazione **se diverso dal proprio**)

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

Reggio Emilia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma

\*\*\*\*\*

ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE SUPERIORE "Zanelli" – REGGIO EMILIA

Visto il certificato medico allegato, preso atto del referto della visita fiscale che conferma la prognosi, si esprime parere favorevole all'assenza per malattia, precisando che il richiedente ha fruito/non ha fruito di gg\_\_\_\_\_ di assenza per lo stesso motivo.

Reggio Emilia \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Prof.ssa Patrizia Pellacani)