

Riservato all'Ufficio (protocollo)

modello n. 5

Al Dirigente Scolastico
ITIS E.Divini
San Severino Marche (MC)

Oggetto:
comunicazione assenza per malattia

____ I ____ sottoscritt _____

in servizio presso l'Istituto in qualità di :

- | | | | |
|--|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Insegnante | con contratto a | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. |
| <input type="checkbox"/> Direttore Amministrativo | con contratto a | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. |
| <input type="checkbox"/> Assistente Amministrativo | con contratto a | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. |
| <input type="checkbox"/> Assistente Tecnico | con contratto a | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. |
| <input type="checkbox"/> Collaboratore Scolastico | con contratto a | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. |

comunica

alla S.V. di doversi assentare dal servizio per malattia per complessivi giorni n. _____:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

Quale documentazione allega:

certificato medico

Eventuali note: _____

Dichiara di essere a conoscenza dell'obbligo di essere presente nel proprio domicilio in:

Via _____ n. _____

Città _____ cell. _____

in ciascun giorno dell'assenza - anche se domenicale o festivo - dalle ore 10.00 alle ore 12.00 e dalle ore 17.00 alle ore 19.00 ai fini di eventuali accertamenti fiscali.

FIRMA

San Severino Marche, _____

Riservato all'Ufficio

Personale ATA

Accertamento fiscale

Data, _____

Visto: il D.S.G.A.

SI NO

Il D.S.
