

MOD -assenza per infortunio

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO – I.C. “Rosmini “ Bollate**  
 Tramite Ufficio di Segreteria – Via Diaz,44 Bollate

**Oggetto: COMUNICAZIONE DI ASSENZA PER INFORTUNIO SUL LAVORO E MALATTIE DOVUTE A CAUSA DI SERVIZIO**

(art.20 CCNL – L.133/2008 –Circ.Dip.Funz.Pubbl. nn. 7 e 8 /2008)

- **da comunicare tempestivamente** all’Ufficio di segreteria (**tel. 02.33300.712**) per l’annotazione sul “Registro dei fonogrammi”

Il/La sottoscritta \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_

- In qualità di  insegnante scuola secondaria di primo grado  insegnante scuola primaria  
 insegnante scuola infanzia  
 personale ATA :  
 D.S.G.A.  Assistente amministrativo  collaboratore scolastico

con contratto a tempo indeterminato / determinato

**COMUNICA CHE**

a) l’assenza dal servizio per infortunio è compresa nel periodo

dal giorno .....	presumibilmente fino al giorno .....	TOTALE GIORNI .....
---------------------	---	------------------------

Allega:

- certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica

NEL SUDETTO PERIODO SARA’ REPERIBILE AL SEGUENTE RECAPITO:

.....

Bollate \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_