

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 sottoscritto/a _____ 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
