

ASSENZA PER MALATTIA

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

il

DOCENTE SCUOLA

Primaria

Secondaria di I grado

PERSONALE ATA

Coll. Scolastico

Assistente Amministrativo

D.S.G.A.

a tempo

determinato

Indeterminato,

in servizio presso il C.P.I.A. 1 Grosseto Sede operativa di

comunica alla S.V. di voler usufruire di un periodo :

dal

al

di complessivi gg.

di

Malattia

Accertamenti diagnostici

Visita specialistica

Terapie mediche

,

FIRMA

Recapito per visite medico fiscali:

Tel.: n°