

Da inviare tempestivamente a bomm36300d@istruzione.it dopo aver ricevuto la prognosi dal proprio medico curante

Al CPIA metropolitano di Bologna

OGGETTO: Comunicazione di assenza per malattia (art. 17 CCNL 29/11/2007)

Il/la sottoscritto/a _____

docente A.T.A. assunto/a con contratto a tempo indeterminato determinato

COMUNICA

l'assenza dal servizio per malattia dal _____ al _____
per complessivi n° _____ giorni, come da prognosi del medico curante (indicare il **numero del certificato telematico** _____).

Comunica, inoltre, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via/piazza _____ n _____

CAP _____ CITTÀ _____ . (____).

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni in indirizzo.

Bologna, _____

Firma
