

Il sottoscritt _____

e residente a _____ in via _____ n° _____

Tel. _____ in servizio presso codesta scuola.

In qualità di: _____

CHIEDE

N° gg. ____ e precisamente dal ____/____/____ al ____/____/____

N° gg. ____ e precisamente dal ____/____/____ al ____/____/____

- ASSENZA PER MALATTIA (Art. 41 CCNL 03/03/99 e Art. 23 CCNL 04/08/1995)
- RICOVERO OSPEDALIERO _____
- DAY- HOSPITAL _____
- INFORTUNIO _____

Si allega certificato medico

Salerno, ____/____/____

Con Osservanza
