

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I. T. S. C. G. "ENRICO MATTEI"
09033 DECIMOMANNU (CA)**

___ l ___ sottoscritt _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di

- | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DOCENTE | <input type="checkbox"/> T. I. | <input type="checkbox"/> S. A. | <input type="checkbox"/> S. T . |
| <input type="checkbox"/> DIR. SS. GG. AA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENTE AMM. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ASSISTENTE TECN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> COLLABORAT. SCOL. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

comunica l'assenza dal ___/___/___ al ___/___/___ di n° ___ GIORNI

GRAVE PATOLOGIA

Pers. a T.I. art. 17 C.C.N.L. 24/07/03 escluso computo assenza per malattia - gg necessari

allega i seguenti documenti : _____

DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritt___ dichiara che l'assenza è dovuta a grave patologia come da dichiarazione ASL depositata agli atti della Scuola.

Decimomannu, ___/___/___

Firma _____