

Al Dirigente Scolastico del liceo
"E.FERMI"
SALO'

Oggetto: comunicazione assenza per malattia

_____ l _____ sottoscritt _____ nat _____ a _____

il ____/____/____,

in servizio presso l'Istituto in qualità di :

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Insegnante con contratto a t.i. | <input type="checkbox"/> | Insegnante con contratto a t.d. |
| <input type="checkbox"/> Direttore Amministrativo | con contratto a | <input type="checkbox"/> t.i. <input type="checkbox"/> t.d. |
| <input type="checkbox"/> Assistente Amministrativo | con contratto a | <input type="checkbox"/> t.i. <input type="checkbox"/> t.d. |
| <input type="checkbox"/> Assistente Tecnico | con contratto a | <input type="checkbox"/> t.i. <input type="checkbox"/> t.d. |
| <input type="checkbox"/> Collaboratore Scolastico | con contratto a | <input type="checkbox"/> t.i. <input type="checkbox"/> t.d. |

comunica

alla S.V. l'assenza dal servizio per malattia dal _____ al _____
per complessivi giorni _____

Quale documentazione allega:

- _____
- _____

Dichiara di essere a conoscenza dell'obbligo di essere presente nel proprio domicilio (Via e Numero _____ Località _____)

in ciascun giorno dell'assenza - anche se domenicale o festivo - dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00 ai fini di eventuali accertamenti fiscali.

Salò _____

(firma del dipendente)

Riservato all'Ufficio

Per il Personale ATA

Visto del DSGA
(Dott.ssa Giulia Italiano)

Accertamento fiscale

SI NO

Data, _____

Il Dirigente Scolastico
(Prof. Francesco Mulas)