

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "Arbe-Zara"  
Viale Zara, 96  
20125-Milano

OGGETTO: assenza per malattia del personale DOCENTE di ruolo (art. 17 C.C.N.L. 2003)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_

plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ orario \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di assentarsi per motivi di salute ai sensi dell'art. 17 comma 9 del C.C.N.L. per n. \_\_\_\_\_

giorni dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

(come da allegato certificato medico, o numero di protocollo: \_\_\_\_\_)

Dichiara che durante il suddetto periodo sarà reperibile o presso il proprio domicilio.

O altro eventuale indirizzo \_\_\_\_\_

Milano, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_