AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI FARRA DI SOLIGO

OGGETTO: **RICHIESTA ASSENZA DAL SERVIZIO PER GRAVI PATOLOGIE**
(art. 17 comma 9 C.C.N.L. 29-11-2007)

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

residente in via n.

comune di Cap Prov

in servizio presso l' I. C. di Farra di Soligo, sede

in qualità di: ☐ DOC. INFANZIA ☐ DOC. PRIMARIA ☐ DOC. SECONDARIA
in qualità di: ☐ DSGA ☐ ASS. AMMINISTRATIVA ☐ COLL. SCOLASTICO
con contratto: ☐ a tempo determinato ☐ a tempo indeterminato

CHIEDE

un periodo di assenza dal giorno al giorno

per complessivi mesi e gg. ai sensi dell'art. 17 comma 9 C.C.N.L. 29-11-2007

Allega: ☐ **Certificato medico**

☐ **Dich. comprovante le grave patologia rilasciata da:** ☐ **medico di base appartenente A.S.L.**

☐ **medico della A.S.L.**

Data firma

Spazio riservato all'Ufficio

ISTITUTO COMPRENSIVO di FARRA DI SOLIGO
Via Brigata Mazzini, n° 72 - COL SAN MARTINO (TV)
Telefono 0438/898145 – Telef.e Fax 0438/898141

VISTA la richiesta di cui sopra

☐ **SI CONCEDE QUANTO RICHIESTO**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Tiziana MUSSATO