

Riservato Ufficio: acquisita al Prot.

N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.T.C.G.T. " M. Capitolo "

**TURSI**

e, p. c. Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: *Comunicazione assenza ai sensi dell' art.17 del CCNL 2006/2009.*

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ nat il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_, in servizio presso questo Istituto, con **contratto**  
**a Tempo Indeterminato**, in qualità di

docente

direttore s.g.a.

assistente amm.vo - tecnico

collaboratore scolastico

## COMUNICA

ai sensi dell'**art.17 del C.C.N.L. 24/07/2003**, l'assenza dal servizio per :

**malattia** e precisamente dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg. \_\_\_\_\_

Allega certificato medico.

**visita specialistica- accertamenti specialistici** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg. \_\_\_\_\_

presso la struttura Pubblica – Privata di \_\_\_\_\_

**per ricovero ospedaliero** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg. \_\_\_\_\_ presso la struttura

Pubblica – Privata di \_\_\_\_\_

**e conseguente riposo** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg. \_\_\_\_\_

Allega / si riserva di allegare debita documentazione.

### **ASSENZA ORARIA PER VISITA SPECIALISTICA art. 33 c. 1 CCNL 2016/2018**

#### **PER IL SOLO PERSONALE ATA**

#### **visita specialistica – accertamenti specialistici**

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_

presso la struttura Pubblica – Privata di \_\_\_\_\_

Per il controllo medico-fiscale si indica il seguente recapito:

Via \_\_\_\_\_ località \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_

(firma)