



LICEO SCIENTIFICO STATALE

“Fulcieri Paulucci di Calboli”

Via Aldo Moro, 13 - 47121 FORLÌ

Tel 0543-63095

e-mail: fops040002@istruzione.it

casella di posta elettronica certificata: fops040002@pec.istruzione.it

C.F. 80004540409

Cod. Scuola FOPS040002

Codice Univoco dell'Ufficio per fatturazione elettronica: UFFPDX

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: richiesta assenza per malattia personale a tempo determinato (art. 19, CCNL 2006/2009)

pr (_____) il _____ a _____
pr (_____) il _____ e residente a _____ pr (_____)
cap (_____) in _____

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di
con contratto a tempo determinato

CHIEDE

ai sensi dell'art. 19, CCNL Scuola 2006/2009, di assentarsi dal servizio dal _____ al _____ per:

- malattia con certificato del medico curante o della guardia medica
- visita specialistica con certificato del medico
- analisi cliniche con certificato della struttura ospedaliera
- day hospital / day surgery con certificato della struttura ospedaliera
- ricovero ospedaliero con certificato della struttura ospedaliera
- post ricovero con certificato del medico curante o della guardia medica

A tal fine

DICHIARA

- di avere un contratto a tempo determinato in qualità di supplente fino al _____ e quindi con diritto a 30 giorni retribuiti al 100% e 60 giorni al 50%
- di avere un contratto a tempo determinato in qualità di supplente temporaneo e quindi con diritto a 30 giorni retribuiti al 50%

Allega alla presente: _____

_____ li, _____

Firma

Recapito diverso da quello abituale per eventuali comunicazioni

_____ pr (_____) cap (_____)

in _____ tel/cell _____

Firma Digitale (Dirigente / Dsga)