

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo
"SAN BENEDETTO"
Valfabbrica

Oggetto: RICHIESTA DI CONGEDO PER MALATTIA

Il sottoscritto/a

(cognome nome)

con qualifica D.S.G.A. A.A. C.S. in servizio presso codesto istituto nel corrente A. S.

contratto a tempo determinato indeterminato

CHIEDE

alla S. V. di poter usufruire per il periodo

dal

al

per complessivi n°

giorni di congedo per malattia – Rif. prot. certificato medico

Il sottoscritto/a dichiara che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

(località, via, n. civico, n. telefonico)

Valfabbrica li

Firma del Dipendente

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.vo n. 196/2003