

Al Dirigente Scolastico  
Istituto Comprensivo  
"SAN BENEDETTO"  
Valfabbrica

Oggetto: RICHIESTA DI CONGEDO PER MALATTIA

Il sottoscritto/a

(cognome nome)

Docente Scuola INFANZIA  PRIMARIA  SCUOLA SECONDARIA I GRADO  in  
servizio presso codesto Istituto nel corrente anno scolastico con 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