

OGGETTO: assenza per malattia.

Il/La sottoscritto/a _____

<input type="checkbox"/> docente <input type="checkbox"/> scuola primaria <input type="checkbox"/> scuola secondaria di I grado <input type="checkbox"/> personale ATA <input type="checkbox"/> assistente amministrativo <input type="checkbox"/> collaboratore scolastico	<input type="checkbox"/> con contratto a tempo indeterminato (C.T.I.) <input type="checkbox"/> con contratto a tempo determinato (C.T.D.)
in servizio presso la sede di _____	

CHIEDE

di fruire di gg _____ dal _____ al _____ di assenza per malattia, il lavoratore prende atto che verrà applicata la decurtazione prevista dalla vigente legislazione e si impegna a trasmettere nel più breve tempo possibile il numero di protocollo univoco del certificato (PUC certificato telematico INPS)

Si dichiara che il domicilio durante la malattia è il seguente:

...l... sottoscritt... è consapevole che i dati personali sopraesposti saranno trattati ai sensi del dell'art. 13 della legge di delegazione europea 2016-2017 (legge 25 ottobre 2017, n. 163)

Data _____

Firma _____