

Mod. ATA



*Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"G. Galilei"- Tradate (VA)*

Oggetto: **Assenza per malattia – personale ATA**

L sottoscritt _____

nat _ il _____ a _____ (_____)

residente a _____ Via _____ n° _____

in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di: _____

plesso _____

con contratto di lavoro a tempo indeterminato determinato

stipulato con U.S.T. di Varese (art. 17 del C.C.N.L. 29/11/2007 e del D.L. 25/06/2008, n. 112 convertito in legge 06/08/2008, n. 133)

COMUNICA

di assentarsi per malattia dal _____ al _____ per n° di gg. _____

come da certificazione medica comprovante la giustificazione dell'assenza.

Ai fini del controllo fiscale il/la sottoscritto/a sarà reperibile dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00 di ogni giorno presso il seguente

indirizzo:

Tradate li _____

firma _____