



CAMA

**Al Dirigente Scolastico
I.T.C. e I.T.P.A.C.L.E.
Ferrara**

**OGGETTO: COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA
(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 29/11/2007)**

Il/La sottoscritto/a _____,

in servizio presso questo Istituto con la qualifica di _____

a tempo indeterminato / determinato, comunica che sarà assente per malattia

dal _____ al _____

Allega: certificato medico
 certificazione di ricovero ospedaliero

Comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via/P.zza _____ n. _____

Cap _____ Città _____

Telefono _____

Ferrara _____

FIRMA
