

**Assenza per malattia (2)**  
*(Personale a tempo indeterminato)*

A! Dirigente scolastico

**Oggetto:** Assenza per malattia

Il/la sottoscritto/a ....., nato/a il ..... a ..... prov..... residente in ..... via ..... n. .... comune di ..... cap. ....  
prov ..... assunto/a a tempo indeterminato in qualità di ..... in servizio presso .....

*CHIEDE*, ai sensi dell'art. 17 del Ccnl Scuola 2002/2005, di assentarsi dal servizio per motivi  
di salute dal ..... al ..... compresi.

*A TAL FINE DICHIARA*

- che durante il periodo indicato dal medico sarà domiciliato/a a .....

In caso di diniego a fruirne, i motivi di servizio ostativi devono essere comunicati per iscritto allo/a scrivente  
Ai sensi degli artt. 2 e 3 della Legge 241/90.

Allega certificazione medica con la sola prognosi

Distinti saluti  
Data

Firma