

**Oggetto: domanda di assenza per malattia**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio presso Codesto istituto

in qualità di:  docente  non docente

con contratto:

a tempo indeterminato

a tempo determinato fino al termine delle lezioni

a tempo determinato (supplente temporanea)

docente di religione

presso la Scuola \_\_\_\_\_ per n.° ore \_\_\_\_ di lezione

CHIEDE DI ESSERE COLLOCATO/A IN ASSENZA PER MALATTIA

per gg. \_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara di essere reperibile per VISITA FISCALE e per eventuali successivi controlli presso il seguente

indirizzo \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che le fasce orarie di reperibilità del lavoratore, entro le quali devono essere effettuate le visite mediche di controllo, è dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00 di tutti i giorni, compresi i non lavorativi e i festivi.

Poiché l'assenza è dovuta alla necessità di sottoporsi ad analisi o a **VISITA MEDICA** si riserva di comunicare quanto prima il numero del certificato telematico.

Dichiara che non è stato possibile effettuare la visita in data e orari diversi e non coincidenti con quelli di servizio.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Invierrà certificazione medica