



# ISTITUTO COMPRENSIVO DI BRISIGHELLA

P.tta G. Pianori, 4 – 48013 Brisighella (RA) – Tel 0546-81214  
Cod.Fisc. 81001800390–Cod.Mecc. RAIC80700A–Cod.Fatt.U F4HBY

E-mail: [raic80700a@istruzione.it](mailto:raic80700a@istruzione.it) -PEC: RAIC80700A@PEC.ISTRUZIONE.IT

SITO WEB: [www.icbrisighella.gov.it](http://www.icbrisighella.gov.it)



**Al Dirigente Scolastico**

**Oggetto: richiesta assenza per malattia personale a tempo determinato (art. 19, CCNL 2006/2009)**

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
pr ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ pr ( \_\_\_\_\_ )  
cap ( \_\_\_\_\_ ) in \_\_\_\_\_  
in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di  
con contratto a tempo determinato

## CHIEDE

ai sensi dell'art. 19, CCNL Scuola 2006/2009, di assentarsi dal servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per:

- malattia con certificato del medico curante o della guardia medica
- visita specialistica con certificato del medico
- analisi cliniche con certificato della struttura ospedaliera
- day hospital / day surgery con certificato della struttura ospedaliera
- ricovero ospedaliero con certificato della struttura ospedaliera
- post ricovero con certificato del medico curante o della guardia medica

A tal fine

## DICHIARA

- di avere un contratto a tempo determinato in qualità di supplente fino al \_\_\_\_\_ e quindi con diritto a 30 giorni retribuiti al 100% e 60 giorni al 50%
- di avere un contratto a tempo determinato in qualità di supplente temporaneo e quindi con diritto a 30 giorni retribuiti al 50%

Allega alla presente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

**Recapito diverso da quello abituale per eventuali comunicazioni**

\_\_\_\_\_ pr ( \_\_\_\_\_ ) cap ( \_\_\_\_\_ )

in \_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Digitale (Dirigente / Dsga)