



**MINISTERO dell'ISTRUZIONE dell'UNIVERSITA' e della RICERCA**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO I. C. ALES (OR)**

Sede: scuola secondaria di primo grado "DANTE ALIGHIERI"

Via Amsicora, 6. – 09091 **ALES** (Oristano) ; e-mail: **ORIC82100N@istruzione.it**

Tel. - Centr. 0783/91601; - DS 0783/998184; - DSGA 0783/91691 – FAX 0783/998061- cod.m.. ORIC82100N – c.f. 80004790954;

**Al Dirigente scolastico**  
**Dell'Istituto Comprensivo Statale di Ales**

-----

Oggetto: **Assenza per Malattia** .

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_

nat\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente

a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ in servizio presso codesto

Istituto nel plesso di scuola \_\_\_\_\_ in qualità \_\_\_\_\_

con contratto a tempo indeterminato,

**CHIEDE**

AI SENSI DELL'ART.17 DEL CCNL scuola 2006/2009, di astenersi dal servizio per motivi di salute

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ compresi.

**A TAL FINE DICHIARA**

Che durante il periodo indicato dal medico sarà domiciliato/a a:

\_\_\_\_\_

Allega certificazione medica con la sola prognosi.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_