

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Istruzione Superiore
"De Castro" - Oristano

Il/la sottoscritto/a _____
in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ ITI - ITD
nella sede di: ORISTANO Liceo Cl.- Liceo Art. - TERRALBA AFM/Graf. Liceo Sc.

COMUNICA

ai sensi dell'art. 17 del CCNL 29/11/2007 la propria assenza dal servizio per gg. _____

dal _____ al _____ per:

MALATTIA

VISITA Specialistica c/o struttura pubblica: _____ privata _____

Durante il periodo di assenza per malattia sarà domiciliato in _____
via _____ n° _____ tel. _____

_____, li, _____

Con Osservanza
