DOCENTI – *malattia – permessi retribuiti – L.104 - infortunio*

Al ***Dirigente Scolastico***
I.I.S. "C. Rondani"- Parma

Il/la sottoscritto/a_____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di_____

con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)

C H I E D E

alla S.V. di assentarsi per gg._____ dal _____ al _____ per:

☐ **malattia** *(ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)*
☐ visita specialistica ☐ ricovero ospedaliero ☐ day hospital

☐ **permesso retribuito** *(ai sensi dell'art. 15 del C.C.N.L. 2006/2009)*
☐ concorso/esami ☐ donazione di sangue ☐ lutto

☐ **legge 104/92** (*giorni già goduti nel mese: ☐1 ☐2 ☐3*)

☐ **infortunio** sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio *(ai sensi dell'art.20 del C.C.N.L. 2006/2009)*

☐ **altro caso** previsto dalla normativa vigente: _____

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in_____

via _____n°_____ tel. _____

- SI ALLEGA _____

Parma, _____

Firma

_____

^^^