

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
3° CIRCOLO "G. DI VITTORIO"
CERIGNOLA

OGGETTO: Richiesta assenza per malattia.
(Artt.23-25 CCNL 04.08.1995)

__ l __ sottoscritt _____ in servizio presso
questa Direzione Didattica in qualità di _____
A tempo determinato/Indeterminato

CHIEDE

N° giorni _____ di assenza per malattia dal _____ al _____

Si allega certificato medico.

Cerignola li, _____

IL RICHIEDENTE
