

Ministero dell' Istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO STATALE D'ISTRUZIONE SECONDARIA SUPERIORE
“GREGORIO RONCA”

Codice: R AMM M02 Rev 00

TITOLO : ASSENZA INFORTUNIO DOCENTI

Prot. N.
Del

Al Dirigente Scolastico
ISISS “G. Ronca”
Solofra

Il/La
sottoscritto/a _____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di DOCENTE di _____ (_____)

- con contratto a tempo indeterminato
- con contratto a tempo determinato stipulato con U S P
- con contratto a tempo determinato stipulato con Dirigente Scolastico

COMUNICA

che a seguito dell'infortunio accorsogli/le a scuola il ____/____/____ gli/le è stato prescritto un periodo di riposo dal ____/____/____ al ____/____/____ per complessivi mesi ____ e/o giorni ____.

Pertanto, ai sensi dell' art. 20 CCNL del 2007 e successive integrazioni e modifiche,
C H I E D E
di assentarsi dal lavoro per INFORTUNIO per il periodo suddetto.

ALLEGA: certificato medico
altro _____.

tel _____ cell _____

Data, _____ Firma _____

visto
Il Dirigente Scolastico
(Prof. Giovanni Tranfaglia)

Normativa vigente

docente con contratto a tempo indeterminato e determinato

Infortunio sul lavoro: retribuiti al 100 % ed esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia