

Al Dirigente Scolastico della Scuola Media Statale
"SILVIO BOCCONE"

Il/la sottoscritto/a _____
Cognome Nome

Nato a _____ il _____, in servizio presso codesta
scuola in qualità di _____

CHIEDE

ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. di poter fruire di giorni _____
dal _____ al _____, di assenza per malattia.

Il/la scrivente dichiara che la propria U.S.L. di appartenenza è la U.S.L. _____.

Palermo _____

Con Osservanza

Domicilio _____

Tel. _____

.....
SCUOLA MEDIA STATALE "SILVIO BOCCONE"-PALERMO

VISTA l'istanza di cui sopra;
RITENUTI validi i motivi addotti;

SI CONCEDE

l'assenza per malattia per gg. _____ dal _____ al _____.

Palermo _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
prof.ssa Antonina Lampone