



Ministero della Pubblica Istruzione
Istituto Comprensivo Crema Due
 via Renzo da Ceri 2/h - 26013 Crema (CR)
 Tel: 0373 30115 - Fax: 0373 230287 - C.F.: 91037320198
 e-mail uffici: CRIC825003@istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
 dell'Istituto Comprensivo Crema Due

Oggetto: **Congedo per malattia**

Il/La sottoscritto/a nato/a il..... in servizio con
 contratto a tempo presso la scuola
 con la qualifica di Assistente amministrativo Collaboratore scolastico D.s.g.a. docente

CHIEDE

alla S.V. di assentarsi dal servizio per un periodo di gg. dal al
 per il seguente motivo:

- Malattia (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009)
- Gravi patologie (ai sensi dell'art. 17 c. 9 C.C.N.L. 2006/2009)
- Infortunio sul lavoro (ai sensi dell'art. 20 c. 1 del C.C.N.L. 2006/2009)
- Malattia dovuta a causa di servizio (ai sensi dell'art. 20 c. 2 del C.C.N.L. 2006/2009)
- Maternità
- Interdizione complicanze gestazione
- Astensione obbligatoria
- Astensione facoltativa

Per l'eventuale controllo medico fiscale, dichiaro che nel periodo di assenza e nelle fasce orarie previste, sarò domiciliato in via _____ n. _____ del Comune di _____ prov. _____ tranne nei seguenti momenti in cui dovrò sottoporsi a visite o esami clinici o cure:

dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____
 dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____
 dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

• SI ALLEGA:

- Certificato medico Autocertificazione (solo per visite o esami)
- Certificato di ricovero ospedaliero Attestato di presenza (visite o esami)

Data _____

Firma _____

Importante: inviare per posta elettronica all'indirizzo **CRIC825003@istruzione.it**