



## Istituto Comprensivo Statale Guglielmo Marconi

Scuola dell'Infanzia, Scuola Primaria, Scuola Secondaria di 1° grado  
Via XXV Aprile, 59 – San Giovanni Valdarno (AR)

Tel. 055/9126140 – fax 055/9126154 – [www.icmarconisgv.edu.it](http://www.icmarconisgv.edu.it) – [aric821002struzione.it](mailto:aric821002struzione.it)



Al Dirigente Scolastico  
I.C. MARCONI

*Oggetto: assenza per malattia*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
,  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
e residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
comune di \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_,  
assunto/a a tempo determinato in qualità di \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_

**COMUNICA,**

ai sensi dell'art. 19 commi 3 e 4 del Ccnl Scuola 2006/2009, di assentarsi dal servizio per motivi di salute dal ..... al ..... compresi.

**A TAL FINE DICHIARA**

- di avere un contratto a tempo determinato in qualità di supplente fino al..... e quindi con diritto a 30 giorni retribuiti al 100% e 60 giorni al 50%;
- che durante il periodo indicato dal medico sarà domiciliato/a a:

---

Data

Firma