

Al Dirigente Scolastico del  
C.P.I.A.  
ASTI

OGGETTO: Assenza malattia.

--	--

In servizio presso il C.P.I.A. di Asti con rapporto di impiego ,

ai sensi degli articoli: art.23 del C.C.N.L. del 04/08/95 – art.49 del C.C.N.L. 1998/2001  
– art.17 del C.C.N.L. 24/07/03 – art.17 del C.C.N.L. 29/11/07 e successive

modificazioni ed integrazioni con la qualifica di

### COMUNICA

che nel periodo dal  al  GG/M   
sarà assente dal servizio per malattia.

- Numero protocollo certificato medico

Asti,

Il dichiarante

N.B. Comunica che durante tale periodo di assenza è reperibile al seguente indirizzo:

(compilare solo in caso di indirizzo diverso da quello già comunicato in precedenza)