

ISTITUTO COMPRENSIVO "G. LASAGNA"

Pza Municipio, 1 – 27020 VALLE LOMELLINA (PV) – Tel 038479050- Fax 0384 758984

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. VALLE LOMELLINA

**OGGETTO: COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA DOVUTA AD
INFORTUNIO SUL LAVORO.**

L SOTTOSCRITT_ _____, NAT_

IL_____ A _____(____), RESIDENTE

A_____VIA

N. _____

IN SERVIZIO PRESSO QUESTA SCUOLA IN QUALITA' DI

COMUNICA

CHE IN SEGUITO ALL'INFORTUNIO VERIFICATOSI PRESSO LA SCUOLA DI
_____ IL GIORNO _____

GLI E' STATO PRESCRITTO UN PERIODO DI RIPOSO DAL _____
AL_____ PER COMLESSIVI MESI _____ E GIORNI _____.

PERTANTO AI SENSI DELL'ART. 26 DEL CCNL 4.08.1995 CHIEDE L'ASSENZA DOVUTA
AD INFORTUNIO SUL LAVORO.

ALLEGA CERTIFICATO MEDICO.

DATA, _____

FIRMA _____