

**RICHIESTA ASSENZA PER MALATTIA
DOVUTA AD INFORTUNIO SUL LAVORO**

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: *Richiesta assenza per malattia dovuta ad infortunio sul lavoro.*

*Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ (____) residente a _____ (____)
Via _____ n. _____ in servizio presso questa
scuola in qualità di _____*

COMUNICA

*Che in seguito all'infortunio verificatosi a scuola il giorno _____ gli è stata
prescritto un periodo di riposo dal _____ al _____ per complessivi
mesi _____ e giorni _____.*

*Pertanto, ai sensi dell'art. 20 del CCNL 29/11/2007 chiede l'assenza per malattia dovuta ad
infortunio sul lavoro.*

Allega:

- certificato medico.

Data _____.

Firma
