

Al Dirigente Scolastico
I.C.S. "OVIDIO"
00136 Roma

La sottoscritta _____

in servizio presso codesto Istituto in qualità di docente a tempo indeterminato, comunica

n. _____ giorni di assenza per malattia dal _____ al _____

Chiede l'applicazione dell'art. 49 comma 8 bis del C.C.N.L., come da
documentazione agli atti di codesta scuola e utile ai fini del conteggio delle assenze per gravi
patologie.

Allega certificato medico.

Roma _____
