

ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO "U.BETTI"  
FERMO

PROT. N° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO  
"Ugo BETTI"  
Via Ponchielli - FERMO

\_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
(Cognome) (Nome)

In servizio per l'a.s. 20 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ presso l'Istituto Scolastico Comprensivo "Ugo Betti" in qualità di

- Dirigente Servizi G.A.       Assistente Amministrativo       Collaboratore scolastico  
 a Tempo Indeterminato       a Tempo Determinato

nel plesso di \_\_\_\_\_

COMUNICA

in base all'art. 17 del C.C.N.L. 29 novembre 2007, che sarà assente per:

Ricovero ospedaliero

presso \_\_\_\_\_

data del ricovero \_\_\_\_\_ data dimissioni \_\_\_\_\_

Visita medica \*\*

presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

La relativa certificazione:

- Si allega alla presente;  
 Verrà inviata successivamente

Fermo, lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

**\*\* "Il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria responsabilità, che non è possibile effettuare la suddetta visita specialistica in orario diverso da quello di servizio"**

\_\_\_\_\_  
(firma)