

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

- Docente Scuola Infanzia       Docente Scuola Primaria       Docente Scuola Sup. 1 grado  
 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)