

ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO "U.BETTI"  
FERMO

PROT. N° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

ALL'ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO  
"UGO BETTI"  
FERMO

..... I ..... sottoscritt .... \_\_\_\_\_

nat..... il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

qualifica professionale  Docente  Personale A.T.A.  
con contratto a  Tempo Indeterminato  Tempo determinato

presso codesto Istituto Scolastico Comprensivo, facendo seguito alla comunicazione odierna

#### TRASMETTE

ai sensi dell'art. 20 del C.C.N.L. 2006 / 2009 il certificato medico:

INIZIO  PROSECUZIONE dell'assenza per **INFORTUNIO**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_ rilasciato dal

Dott. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Ai fini della visita medica di controllo domiciliare, ..... I ..... sottoscritt ..... dichiara che

l'A.S.U.R. di competenza è la numero \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Durante il predetto periodo di assenza per malattia ..... I ..... sottoscritt ..... risiederà

in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

Fermo, lì \_\_\_\_\_

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