



ISTITUTO COMPRENSIVO  
"Leopoldo II di Lorena"  
FOLLONICA

via Balducci 2, 58022 Follonica (GR) -- tel. 0566 59052 -- C.F. 92077430533  
e-mail: gric828005@istruzione.it gric828005@pec.istruzione.it -- http:// www.iclorena.edu.it

**Assenza per malattia e richiesta riconoscimento di cui all'art. 17 comma 9 del  
CCNL 29/11/2007**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

docente  ATA a tempo  indeterminato  determinato

in servizio presso la scuola di \_\_\_\_\_

Comunica che si assenterà per malattia per un periodo di gg: \_\_\_\_\_

✓ Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Richiede inoltre che il suddetto periodo di assenza per malattia riferito a una " grave patologia " come risulta dalla certificazione medica allegata, venga riconosciuto ai sensi del comma 9 art. 17 del CCNL 29/11/2007.

✓ Precisa che durante il suddetto periodo risiederà in :  
\_\_\_\_\_

Allega la seguente documentazione:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Follonica \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

