ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE STATALE
"GINO ZAPPA"
Via Achille Grandi. 4 - 21047 Saranno (VA)
Telefono: 02 960 31 66 - **Fax:** 02 967 014 31
Cod.Univ.Uff.: UFMUGQ - **Cod.Fisc.:** 94000170129 - **Cod.Meec.:** VATD08000G
E-mail: vatd08000g@istruzione.it - **PEC:** vatd08000g@pec.istruzione.it
Sito web: www.itczappa.edu.it

Sistema Qualità
UNI EN ISO 9001
ED 2015

Al DSGA
I.T.C "Zappa"
Saronno

Il/La sottoscritto/a _____ nato il _____/_____/_____

a _____ (___) residente a _____ (____)

in Via _____ in servizio presso questo Istituto in qualità

di ☐ Collaboratore Scolastico ☐ Assistente Amministrativo ☐ ☐
con contratto a tempo : ☐ indeterminato ☐ determinato stipulato con USP ☐ determinato stipulato con Dirigente Scolastico

C O M U N I C A

che a seguito dell'infortunio accorsogli/le a scuola il _____/ _____/ _____ gli/le è stato prescritto un

periodo di riposo dal _____/_____/_____ al _____/_____/_____ per complessivi mesi _____ e/o giorni _____ .

Pertanto, ai sensi dell' art. 20 CCNL del 2003 e successive integrazioni e modifiche,

C H I E D E

di assentarsi dal lavoro per INFORTUNIO per il periodo suddetto.

ALLEGA: ☐ certificato medico

☐ altro_____

RECAPITO DURANTE L'ASSENZA:

_____

tel _____ cell_____

Data_____ Firma_____

Firma P.V. *IL DIRETTORE SS.GG.AA*

Normativa vigente:

persoanle con contratto a tempo indeterminato e determinato	**Infortunio sul lavoro**: retribuiti al 100 % ed esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia