

Prot. _____

**OGGETTO: RICHIESTA DI SOSPENSIONE DI GIORNI DI MALATTIA IN RELAZIONE A
GRAVE PATOLOGIA**

Il sottoscritt _____

nat a _____ il _____

residente in _____ Via _____ Tel. _____

Docente/ATA con contratto A TEMPO INDETERMINATO A TEMPO DETERMINATO

In servizio presso _____

CHIEDE

Che le vengano concessi i benefici di cui art. 17 c. 9 del C.C.N.L. 29/11/2007 del personale del
comparto scuola D.L.vo 29/04/1998 n. 124.

grave patologia dal _____ al _____

grave patologia dal _____ al _____

grave patologia dal _____ al _____

per complessivi giorni _____

Allega alla presente il certificazione sanitaria

Data _____

Firma
