



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Ufficio VII - Ambito Territoriale Provincia di Frosinone
CENTRO PROVINCIALE ISTRUZIONE ADULTI
8^A C.P.I.A. PROVINCIA FROSINONE

Via Pietro Mascagni, 14 – 03100 Frosinone
Sedi Associate: ANAGNI – CASSINO – PONTECORVO - SORA
Tel.: (Presidenza) 0775/265.6934-6931 – (DSGA) 0775/265.6929 – (Uffici) 0775/265.6928-6930-6933
PEO: frmm466008@istruzione.it - PEC: frmm466008@pec.istruzione.it
Codice Meccanografico: FRMM466008 – C.F.: 92073310606
Sito web: www.centroprovincialeistruzioneadultifrosinone.edu.it/

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: assenza per malattia

Il sottoscritt _____ in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ con contratto a tempo indeterminato/determinato,

COMUNICA

Ai sensi dell'art. 131 comma 9 e 9-bis , del C.C.N.L. comparto scuola 2019/2021 sottoscritto il 18/01/2024, di assentarsi dal servizio per motivi di salute dal _____ al _____

Durante tale periodo indicato dal medico sarà domiciliat _____ in Via/piazza _____
n. _____ Cap _____ Comune _____ (Prov. _____) tel. _____

Certificato medico (o certificato di ricovero ospedaliero o altro) n° Protocollo

Frosinone, _____

Firma _____

N.B: personale T.I. max 18 mesi in un triennio (9 mesi retribuiti al 100% - 3 mesi al 90% - 6 mesi al 50%)
Personale T.D. per l'intero A.S. o fino al termine delle attività didattiche 1[^] mese retribuito al 100%, 2[^] e 3[^] mese al 50%
Suppl. Temp. con contratto stipulato dal Dirigente Scol.co max 30 gg. all'anno retribuito al 50%