Al Dirigente Scolastico
del Liceo Classico e Linguistico Statale “F. Petrarca”
Trieste

Oggetto: comunicazione assenza per visita medica

Il/La sottoscritt_ _____ in servizio presso codesto Istituto in qualità di ……..…… a tempo indeterminato, ai sensi dell’arti. 17 del vigente C.C.N.L., comunica la propria assenza per visita medica, prevista per il giorno …… , che certificherà al rientro in servizio.

Firma ……..…….

Trieste, ……..