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

Oggetto: comunicazione assenza per ricovero ospedaliero (o day hospital).

Il/la sottoscritto/a _____,
in servizio presso codesto Istituto in qualità di _____
a tempo indeterminato, ai sensi dell’art. 17 del vigente C.C.N.L., comunica la propria assenza per ricovero ospedaliero / day hospital, prevista per il giorno _____,
che certificherà al rientro in servizio.

Firma _____

Trieste, _____