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, …………………………………….