

All'ASL-SERVIZIO PREVENZIONE
di _____

Al Dirigente Scolastico
del Circolo Didattico "San Benedetto"
SAN SEVERO

La sottoscritta _____, nata a
_____ il _____, residente in _____
CAP _____ Via _____ n. _____
docente di scuola _____ assunta con incarico a tempo __ determinato, in
servizio presso il Circolo Didattico "San Benedetto" nel plesso
_____,'

CHIEDE

l'interdizione dal lavoro ai sensi dell'art.17 del Decr. Leg.vo 26/03/2001, n.151 a
partire dal _____ al _____ per complessivi giorni _____.

La sottoscritta comunica il domicilio presso il quale desidera venga effettuata
l'eventuale visita medico-fiscale: Via _____ n. _____
località _____ e che il nominativo segnalato sul
campanello di casa è il seguente: _____

Ai fini di cui trattasi, allega alla presente certificato medico redatto dal dott.
_____ in data _____ ,
indicante diagnosi, prognosi e data presunta del parto.

Informa, infine, che l'ASL di appartenenza è n. ____ di _____
_____, li _____

(firma)