

***Al Dirigente Scolastico  
I.S.C. Folignano Maltignano  
63084 FOLIGNANO***

sottoscritt   , in servizio presso questo Istituto in qualità di  , con contratto di lavoro a tempo  determinato, ai sensi dell'art. 7 del C.C.N.L. 2006/2009 e successive modificazioni ed integrazioni

**CHIEDE**

alla S.V. di poter fruire di nr.  giorni per **motivi di salute** nel seguente periodo:  
dal  al  pari a gg.

Si allega n. protocollo certificato medico telematico:  o relativa documentazione.

Con osservanza.

,

\_\_\_\_\_  
firma