Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
B. TELESIO -RC

Oggetto: **Comunicazione assenza per malattia**.

___l___sottoscritt___ _____

nat___ a _____ prov. _____ il _____,

residente a _____ prov. _____ C.A.P._____

Via _____ n.___ tel. ____/_____,

in servizio presso questa Istituzione scolastica in qualità di DOCENTE di

□ SC. DELL'INFANZIA □ SC. PRIMARIA □ SC. SECONDARIA DI I GRADO

assunto con contratto a tempo

Determinato Indeterminato

COMUNICA che sarà **assente per**

ESAMI / VISITA SPECIALISTICA dal _____ al _____

RICOVERO / DAY HOSPITAL dal _____ al _____

Allega alla presente i seguenti documenti:

Certificato medico

Certificato di ricovero ospedaliero

Certificazione relativa alla prestazione medica

Da comunicare solo se diverso dall'indirizzo di residenza indicato:

___l___ sottoscritt___ comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo di assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Città _____ (___) Via_____ n. ____

DATA, _____ _____

FIRMA

==========

Solo per i docenti Scuola Primaria/Infanzia

VISTO:

Il Responsabile di Plesso _____