

Oggetto: **Comunicazione assenza per malattia.**

____ I ____ 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:

____ I ____ 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 _____