

Al Dirigente Scolastico
IC 2 nord di Sassuolo

OGGETTO: comunicazione assenza per malattia

__l__ sottoscritt _____
Docente di scuola Primaria/Infanzia
In servizio c/o scuola Primaria/Infanzia _____

A TEMPO DETERMINATO/INDETERMINATO

Comunica che sarà assente per malattia dal _____ al _____

Allega:

- ☐ Certificato medico
☐ Certificato di ricovero ospedaliero
☐ Altro _____
(barrare la voce che interessa)

- ☐ Dichiaro che l'assenza è dovuta ad infortunio non sul lavoro causato da terzi
☐ Dichiaro che l'assenza non è dovuta ad infortunio

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

Via/Piazza _____ n. _____ tel. _____
Cap. _____ Città _____

_____, lì _____

Firma