Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
Sassuolo 2 Nord

OGGETTO: comunicazione assenza per malattia

__l__ sottoscritt__ _____

Docente di scuola Elementare/Materna/Secondaria di I grado, in servizio c/o scuola Elementare /Materna / Secondaria di I grado _____

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)

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

/var/www/vhosts/freefileconvert.com/httpdocs/converted/4222_comunicazione_assenza_malattia.doc