

**Al Dirigente Scolastico
IC di BORGIO VENETO**

Oggetto: Comunicazione assenza per malattia (visite specialistiche e/o esami diagnostici)

 sottoscritto/a _____

qualifica: DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 ASS. AMM.VO/ASS.TECNICO
 COLLABORATORE SCOLASTICO
 PART TIME

in servizio presso _____

con contratto a tempo determinato indeterminato

COMUNICA

che sarà assente per malattia dal _____ al _____ (gg. ____)
che sarà assente per malattia il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

per effettuare: visita specialistica / esami diagnostici day Hospital

in Sede fuori Sede c/o _____

in orario antimeridiano in orario pomeridiano dalle ore _____

non effettuabile al di fuori dell'orario di servizio per il seguente motivo:

- tipologia visita e/o esame ambulatorio chiuso
- medico non presente distanza sede / uso mezzi di trasporto pubblici
- altro : _____

Allegherà:

- certificato medico
- certificazione ospedaliera

data _____

_____ (firma del dipendente)