

Al Dirigente Scolastico
I.C. BORGO VENETO

OGGETTO: comunicazione assenza per malattia

___/___/___ sottoscritt _____

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 _____

allega:

certificato medico
 certificazione di ricovero ospedaliero o day hospital
 altro

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

via/P.zza _____ n. _____ tel. _____

cap. _____ Città _____

_____ li _____

FIRMA