

**Al Dirigente Scolastico
IC di BORGO VENETO**

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

 sottoscritto/a _____

qualifica: ☐ DOCENTE DI SCUOLA MATERNA
 ☐ DOCENTE DI SCUOLA ELEMENTARE
 ☐ DOCENTE I°
 ☐ 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)