

**Assenza per malattia
(PERSONALE A TEMPO DETERMINATO/INDETERMINATO)**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DIREZIONE DIDATTICA
DI PESCANTINA

Oggetto: comunicazione assenza per malattia – day hospital - ricovero

Il/la sottoscritto/a _____

assunto/a a tempo indeterminato determinato Suppl. temporaneo

in qualità di _____

in servizio presso _____

COMUNICA

che sarà assente per

malattia dal _____ al _____

day hospital dal _____ al _____

ricovero dal _____ al _____

Allega:

certificato medico

certificato di ricovero ospedaliero o day hospital

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

Via _____

Cap _____ Comune _____

Tel. _____

Distinti saluti.

Pescantina, _____

FIRMA
