

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Gioi Cilento

Oggetto: comunicazione di assenza per malattia.-

__sottoscritt__ _____,

in servizio presso codesto Istituto Comprensivo con contratto a tempo

- indeterminato
- determinato

in qualità di personale

- Docente
- A.T.A.

Comunica la propria assenza

1. per **malattia** dal _____ al _____, per gg. _____, come da certificato medico prot.n. _____.-

__sottoscritt__ comunica inoltre che, per eventuali controlli della malattia, sarà reperibile al seguente indirizzo (compilare solo in caso di non presenza all'indirizzo di residenza):

.....

- o per le altre sottostanti ragioni
- 2. per **sottoporsi a visita medica**
- 3. per **effettuare esami diagnostici**
- 4. per **altri motivi** (specificare _____)

che si terranno il giorno _____, dalle ore _____ alle ore _____ e per i quali si impegna a presentare la relativa giustificazione.

__sottoscritt__ dichiara, sotto la propria responsabilità, che la visita e/o gli esami di cui trattasi non potevano essere effettuati in altra data ed in periodo non coincidente con l'orario di servizio.

(data)

(firma)

Il Dirigente Scolastico
Prof. Bruno Bonfrisco