MALATTIA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEL

Il / La sottoscritto / a _____ in servizio presso la Scuola di _____ in qualità di

Docente di Scuola
- ☐ - Infanzia
- ☐ - Primaria
- ☐ - Secondaria di 1° grado

A.T.A
- ☐ - Collaboratore Scolastico
- ☐ - Assistente amministrativo
- ☐ - Direttore dei Sevizi G.A.

Con contratto a tempo
- ☐ - Indeterminato o annuale di R.C. equiparato
- ☐ - Determinato (Incarico annuale o equiparato)
- ☐ - Determinato (supplente temporaneo)

Comunica di assentarsi dal _____ al _____ (giorni / mesi _____) per

- ☐ - Malattia
- ☐ - Visita specialistica
- ☐ - _____

Allega: ☐ - Certificazione / attestazione medica
☐ - _____

Ai fini dell'eventuale visita medica di controllo comunica di essere domiciliato a _____ (_____) Via _____

L'U.S.L / A.S.L. di competenza è la n. _____ di _____ (___)

Fa presente di non essere reperibile al domicilio sopra indicato per visite mediche, prestazioni e accertamenti specialistici nei giorni _____

Si impegna a comunicare tempestivamente la non reperibilità presso il proprio domicilio ogni qualvolta si allontanerà per visite mediche, prestazioni e accertamenti specialistici durante le fasce orarie previste.

_____ (data)

_____ (firma)

Nota: _____