



Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Pascoli-Alvaro"
C.so Garibaldi, 122 - Siderno

Oggetto: Comunicazione assenza per malattia.

l sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ in servizio presso codesto Istituto Comprensivo in qualità di _____
_____ con contratto a tempo determinato/indeterminato

COMUNICA

che sarà assente per malattia dal _____ al _____ (gg. ____ / mesi ____).

Comunica inoltre che durante la suddetta assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via / Piazza _____ n° _____

c. a. p. _____ Comune _____ Tel. _____

- nelle fasce orarie dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 15 alle ore 18 (comprese le domeniche ed i giorni festivi)
- nelle seguenti fasce orarie dalle _____ alle _____ e dalle _____ alle _____ per i motivi di cui all'allegata documentazione.

- Allega :
- certificato medico
 - certificato di ricovero ospedaliero
 - _____

Data _____

(firma)