**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**ISTITUTO COMPRENSIVO “B.Antonazzo”**

**CORSANO**

\_\_\_L\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

in servizio presso Codesto Istituto Comprensivo – Plesso \_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di

[ ] DOCENTE (a tempo determinato/indeterminato)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] A.T.A. (a tempo determinato/indeterminato)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICA**

di essere assente per malattia dal \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_

per complessivi giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega alla presente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai fini dell’eventuale accertamento fiscale comunica di essere reperibile al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fa inoltre presente che nei giorni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ sarà

assente dal suo domicilio per visite mediche, prestazioni, o accertamenti specialistici (da

documentare).

………………… lì, …………………..

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_