



ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"



COMUNICAZIONE ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE
PERSONALE DOCENTE E ATA

Al Dirigente Scolastico
Al Dirigente Amministrativo
IC A.B. Sabin

Il/La sottoscritto/a

Assunto a tempo indeterminato determinato

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica , in qualità di

Docente Classe/i sezione/i

scuola infanzia primaria secondaria

plesso Milano2 Redecesio

Assistente Amministrativo

Collaboratore Scolastico

COMUNICA

L'assenza per : malattia visita medica

Dal giorno / / al giorno / /

Comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo: Via:

Città Prov: () tel

li / / Firma

Spazio riservato all'Ufficio (non compilare)

Vista la domanda si concede non si concede

Il Direttore Amministrativo
Giulia Serritiello

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Elisabetta Trisolini