

	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
Katrin Lascalea

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Elisabetta Trisolini