ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"

COMUNICAZIONE ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE
PERSONALE DOCENTE E ATA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
AL Direttore Amministrativo
IC A.B. Sabin - Segrate

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:

Città: _____ Via: _____ Prov.: (_____)

Tel.: _____

_____ li __/__/____ Firma _____

<u>Spazio riservato all'Ufficio (non compilare)</u>

Vista la domanda ☐ si concede ☐ non si concede

Il Direttore Amministrativo
Giulia Serritiello

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Elisabetta Trisolini