



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 O si concede O non si concede

Il Direttore Amministrativo
Antonella Rossi

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Elisabetta Trisolini