



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 _____

Spazio riservato all'Ufficio (non compilare)

Vista la domanda

si concede

non si concede

Il Direttore Amministrativo
Antonella Rossi

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Elisabetta Trisolini