

OGGETTO: Comunicazione assenza per malattia

l sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ in servizio presso codesto Istituto Comprensivo in qualità di

- docente scuola secondaria di primo grado
- docente scuola primaria
- docente scuola dell'infanzia
- personale ATA

nel plesso di

- Lettomanoppello
- Manoppello C.U.
- Manoppello Scalo
- Ripacorbaria

con contratto a tempo determinato/indeterminato,

COMUNICA

che sarà assente per malattia dal _____ al _____ .

Comunica inoltre che durante la suddetta assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via / Piazza _____ n° _____

c. a. p. _____ Comune _____ Tel. _____

- Allega :
- certificato medico
 - certificato di ricovero ospedaliero
 - _____

Luogo, _____ Data _____

Firma _____