****

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Istituto Omnicomprensivo

STIGLIANO

OGGETTO: Comunicazione Assenza per malattia

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ docente di:

 □ Scuola Infanzia □ Primaria □ Secondaria di I Grado □ Secondaria di II Grado □ Religione Cattolica con contratto individuale di lavoro □ a tempo indeterminato □ a tempo determinato, nel plesso di □ Stigliano □ Accettura □ Aliano □ Gorgoglione

**Comunica**

Giorni \_\_\_\_ di assenza per malattia dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giorni \_\_\_\_­ di assenza per gravi patologie dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giorni \_\_\_\_­ di assenza per visita specialistica dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giorni\_\_\_\_\_ di assenza per ricovero ospedaliero dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giorni\_\_\_\_\_ di assenza post-ricovero ospedaliero dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_ tel./ cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Si allega / Si riserva di Presentare la seguente documentazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Richiedente

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_