

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo "A. Manzoni"  
di Pozzuolo Martesana

Oggetto: *comunicazione di assenza per malattia*

Il sottoscritt .....

in servizio presso la scuola ..... di .....

(infanzia, primaria, secondaria di I grado)

in qualità di ..... con nomina a Tempo .....

(docente – assistente amm.vo – collaboratore scolastico)

(Indeterminato – Determinato)

comunica che sarà assente per malattia

dal ..... al ..... per complessivi giorni .....

- Allega:
- CERTIFICATO MEDICO
  - CERTIFICATO RICOVERO OSPEDALIERO
  - .....
- (contrassegnare con una X la casella che interessa)

Comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via/Piazza ..... n° ..... CAP..... Località .....

Tel. ....

Dichiara che:

- Sarà presente nelle fasce di reperibilità  
( come da normativa vigente)
- Non sarà presente nelle fasce di reperibilità, ma soltanto dalle ore ..... alle ore ..... per  
il seguente motivo .....

data .....

Firma del richiedente

.....