

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
“Berto Barbarani”
MINERBE (VR)**

OGGETTO: Comunicazione assenza per malattia.

__ l __ sottoscritt __ _____
assunto a tempo in/determinato in servizio presso _____
in qualità di _____, in posizione di _____
(docente – ATA) (titolare, trasferito, annuale, ass. prov., dop, utilizzato)
comunica che sarà assente per malattia dal _____ al _____

Allega: certificato medico
 certificazione di ricovero ospedaliero

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

Via/P.zza _____ n. _____ tel. _____

Cap. _____ Loc. _____

Data _____

(firma del dipendente)