

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Camaioere 3°
CAPEZZANO PIANORE

OGGETTO: Comunicazione assenza per malattia/visita specialistica

____l____ sottoscritt_____ in servizio
presso questo Istituto con contratto a T.D./T.I. in qualità di _____
presso la scuola materna/elementare/media di _____
comunica che sarà assente per malattia dal _____ al _____ gg. _____

Allega: certificato medico visita specialistica c/o struttura privata
 certificazione ricovero ospedaliero

Per visita specialistica dichiarare la struttura c/o la quale viene
effettuata _____

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

Via _____ n° _____ tel. _____

Cap. _____ Città _____

Capezzano Pianore, _____

(firma)