Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo Ancona Nord

OGGETTO: Richiesta assenza per **malattia**.

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

insegnante di scuola secondaria di primo grado/primaria/dell’infanzia, personale A.T.A. assunt\_\_\_

• **a tempo indeterminato**

 in posizione di • TITOLARE

 • TRASFERIMENTO ANNUALE

 • ASSEGNAZIONE PROVVISORIA

 • D.O.P

 • UTILIZZAZIONE

• **a tempo determinato**

 in servizio presso la scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 comunica che sarà assente per:

* malattia dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* accertamenti diagnostici dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \*prestazione specialistica dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega: • certificato medico • certificato di ricovero ospedaliero

* + attestazione di avvenuto • \*attestazione che non è stato possibile fruire della

 accertamento diagnostico prestazione al di fuori dell’orario di servizio

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

Via/Piazza…………………………………..…… n. ……… Città …………………………………..

Tel. …………………….

………………………………

 (luogo e data)

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

 (firma del richiedente)