Al Dirigente Scolastico

VI Istituto Comprensivo

PADOVA

OGGETTO: **Comunicazione di ASSENZA per MALATTIA ATA**

\_ l\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e nome

nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ATA |  | Collaboratore scolastico | con contratto a |  | tempo determinato |
|  |  | Assistente amministrativo  Assistente tecnico |  |  | tempo indeterminato |
|  |  | DSGA |  |  |  |

in servizio presso:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Scuola |  | Primaria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Secondaria 1^grado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Segreteria |  | VI IC |  |  |

comunica che sarà assente per malattia dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega: \_\_\_ Certificato medico N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Certificato di ricovero ospedaliero

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

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Distinti saluti

Padova, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

( ) VISTO IL DSGA