

Oggetto: Comunicazione assenza per malattia

Il/La sottoscritto/a _____

docente a tempo Determinato Indeterminato

in servizio presso Scuola Primaria "G.Rodari" – Cantona
 Scuola Primaria "San Francesco"
 Scuola Secondaria di 1° grado "G.Marconi"

COMUNICA

l'assenza per malattia dal _____ al _____ gg. _____

nr. protocollo certificato medico telematico _____

Dichiara che lo stato di malattia

è stato causato da terzi non è stato causato da terzi
 è stato causato da un infortunio non è stato causato da infortunio

Allega:

certificato ricovero ospedaliero
 altra documentazione

Comunica ai fini del controllo per malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al sotto indicato indirizzo dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00 in ciascun giorno dell'assenza anche se domenicale o festivo.

Via _____ n. _____ tel. _____

Cap. _____ Città _____

Correggio, _____

Firma del richiedente

Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993