

Al Dirigente Scolastico
dell'IC "S.P. Damiano"
di Ravenna

OGGETTO: **Comunicazione assenza per malattia**

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di:

- DOCENTE : Scuola Secondaria di 1°Grado di Scuola PRIMARIA di Scuola dell'INFANZIA
- DIRETTORE SERVIZI GENERALI ED AMMINISTRATIVI
- ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
- COLLABORATORE SCOLASTICO

A tempo : DETERMINATO INDETERMINATO

In servizio presso _____

nella posizione di : TITOLARE UTILIZZATO ALTRO _____

COMUNICA

che sarà assente per malattia dal _____ al _____, per giorni _____

Fonogramma: DATA _____ ORA _____ RICEVENTE _____

NOTE: _____

Comunica, ai fini del controllo medico fiscale, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile presso:

Via _____ n°. _____ Tel. _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Ravenna, li _____

Firma