



**Al Dirigente Scolastico –Al D.S.G.A.
Del V Circolo “Don Giuseppe Puglisi”**

MODULO COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA

Il /La sottoscritto/a

In qualità di:

- Docente
- D.S.G.A.
- Assistente amministrativo
- Collaboratore scolastico

Con contratto a tempo:

- determinato
- indeterminato

in servizio presso: Scuola infanzia Scuola Primaria

COMUNICA

di assentarsi dal servizio per motivi di: malattia Day Hospital Ricovero Ospedaliero
 Post Ricovero Visita Specialistica Grave patologia

Dal		al		=	gg	
Dal		al		=	gg	
Dal		al		=	gg	
Totale giorni						

Residente presso: *(Compilare solo se diverso dalla residenza abituale)*

Via/Piazza
Città n.

Allego:

Certificato medico – N. prot.

Cerignola,

Il richiedente

Compilare, salvare e inviare a: fgee03200n@istruzione.it

Il Dir. Serv. Gen. Amm.vi

Il Dirigente Scolastico