

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Pescara 2
Pescara

Oggetto: Comunicazione assenza per malattia.

l sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ in servizio presso codesto Istituto Comprensivo in qualità di

_____ con contratto a tempo determinato/indeterminato

COMUNICA

L' assenza per malattia dal _____ al _____ (gg. ____ / mesi ____).

Comunica inoltre che durante la suddetta assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via / Piazza _____ n° _____

c. a. p. _____ Comune _____ Tel. _____

- nelle fasce orarie dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 15 alle ore 18 (comprese le domeniche ed i giorni festivi)

- Allega :
- certificato medico
 - certificato di ricovero ospedaliero
 - _____

Pescara, _____

(firma)