

Al Dirigente Scolastico
dell' Istituto Comprensivo Giorgio Gaber
55041 - Lido di Camaiore (LU)

Il/La sottoscritt _____
in servizio presso _____
in qualità di _____ docente
scuola _____ infanzia
_____ primaria
_____ secondaria I grado
_____ personale A.T.A.
di codesto Istituto con contratto a tempo
_____ indeterminato
_____ determinato

COMUNICA

che sarà assente per malattia

dal _____ al _____ per nr. giorni _____

per effettuare:

_____ visita specialistica / esami diagnostici

_____ day Hospital

_____ ricovero ospedaliero

presso _____

non effettuabile al di fuori dell'orario di servizio per il seguente motivo:

_____ tipologia visita e/o esame

_____ ambulatorio chiuso

_____ medico non presente

_____ distanza sede / uso mezzi di trasporto pubblici

_____ altro : _____

Allegherà:

_____ certificato medico

_____ certificazione ospedaliera

Lido di Camaiore, _____

_____ firma

VISTO:	LA DIRIGENTE SCOLASTICA Dott.ssa Sonia Imperatore
--------	--