

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL' ISTITUTO COMPRENSIVO
DI VIGUZZOLO

OGGETTO: Comunicazione assenza per malattia.

Il/La sottoscritt _____

coniugato/a _____

nato/a il _____ a _____

residente a _____ in via _____

in servizio per l'a.s. _____ presso Scuola _____

_____ di _____

in qualità di _____ a T.I./T.D.

a mezzo fonogramma in data _____ alle ore _____

COMUNICA

- che sarà assente per malattia dal _____ al _____

come da certificato medico prot. _____ visita specialistica

ricovero ospedaliero

conv. post-ricovero

- che, ai fini del controllo della malattia, durante il periodo di assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

via _____ nr. _____ Tel. _____

città _____ c.a.p. _____ prov. _____

*Si autorizza al trattamento dati personali ai sensi della normativa di Legge 675/96 e Dlgs.196/2003
(Codice in materia di protezione dei dati personali)*

Viguzzolo, _____ Firma _____