

Al Dirigente Scolastico
I.C. LUDOVICO DA CASORIA

Oggetto: **ASSENZA DAL LAVORO** **PER MALATTIA** **VISITA SPECIALISTICA**

La/Il sottoscritta/o
(cognome - nome)
(qualifica)

in servizio nel corrente anno scolastico con contratto a tempo T.I TD

comunica

la propria assenza per malattia il Totale giorni :

visita specialistica day hospital ricovero ospedaliero

ALLEGA:

Indirizzo di reperibilità (**solo nel caso in cui sia in altro domicilio**):

Casoria, lì _____

FIRMA _____
firma del dipendente

Visto

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Maria Grazia Puzone