

Istituto Comprensivo delle loc. ladine Badia
Str. San Linert 11
39036 Badia
fax 0471 839519

Comunicazione assenza per malattia

Il/la sottoscritto/a n. matr.

nato/a il a

insegnante presso la scuola

comunica la sua assenza per malattia
 visita medica

dal al (n. giorni)

Allega: certificato medico (*a partire dal 1° giorno di malattia*)
 certificazione di ricovero ospedaliero

Comunica, ai fini della **visita di controllo**, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al suo domicilio, oppure:

Comunica che non sarà disponibile per la visita di controllo dovendosi recare dal medico per l'emissione del certificato di malattia oppure per un altro impegno indifferibile e urgente durante il seguente orario:

.....

per il seguente motivo:

data

firma dell'insegnante

=====

VISTO E AUTORIZZATO: LA DIRIGENTE
Dr. Claudia Canins Egger

.....