AL DIRIGENTE SCOLASTICO

 DELL’I.I.S. “F. FERRARA”

 SEDE

Oggetto: Comunicazione assenza per malattia (visite specialistiche e/o esami diagnostici)

\_l\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto a tempo determinato/indeterminato

COMUNICA

che sarà assente per malattia dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (gg. \_\_\_ )

per effettuare: □ visita specialistica / esami diagnostici □ day Hospital

□ in Sede □ fuori Sede c/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ in orario antimeridiano □ in orario pomeridiano dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma del dipendente)