

Oggetto: **COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA/VISITA SPECIALISTICA**

\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ in servizio presso codesto Istituto Comprensivo nell'anno scolastico

\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto a T.I.  T.D.

COMUNICA

che sarà assente per

malattia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (gg. \_\_\_ / mesi \_\_\_);

malattia per grave patologia \* \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (gg. \_\_\_/ mesi \_\_\_);

malattia per infortunio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (gg. \_\_\_/ mesi \_\_\_);

visita specialistica (Struttura pubblica/privata) dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (gg. \_\_\_).

Comunica inoltre che durante la suddetta assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via / Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

c. a. p. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ è a conoscenza che le fasce orarie di effettuazione della visita di controllo sono le seguenti: dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 15 alle ore 18 (comprese le domeniche ed i giorni festivi).

Allega :  certificato medico\*\*

certificato di ricovero ospedaliero

altra certificazione \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
Prof.ssa Giuliana Deflorio

**Note**

\* Nel certificato deve essere contrassegnata, a cura del medico, l'indicazione di grave patologia .

\*\*Dopo il secondo evento di malattia e nel caso di assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni, la certificazione medica deve essere rilasciata da struttura sanitaria pubblica o dal "medico di famiglia" convenzionato con il S.S.N.