

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI GORLAGO

OGGETTO: comunicazione assenza per malattia per esami diagnostici

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ in via _____

In servizio presso codesto Istituto Comprensivo – sedi di

Gorlago Carobbio Montello

In qualità di

D.S.G.A. Docente Assistente amministrativo Collaboratore Scolastico

Ai sensi dell'art.23 del Contratto Collettivo Nazionale,

COMUNICA

Che sarà assente per malattia per esami diagnostici per n. _____ giorni dal _____ al _____

Il certificato medico di giustificazione dell'assenza sarà:

recapitato personalmente al rientro

spedito a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro tre giorni dall'inizio dell'assenza

_____ Li _____

firma
