



ISITUTO COMPRENSIVO DI TRANA

ANNO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico/Al Direttore S.G.A.

Il/La sottoscritto/a

☐ Docente ☐ ATA:

☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato ☐ supplenza breve ☐ I.R.C. 4° anno

in servizio presso la scuola: ☐ sec. di 1° grado ☐ primaria ☐ infanzia

di: ☐ Trana ☐ S.Bernardino ☐ Sangano ☐ Reano

COMUNICA L'ASSENZA PER MALATTIA

dal al = giorni

Allega:

☐ certificato visita specialistica

☐ certificato ricovero ospedaliero

☐ n. certificato medico rilasciato dal medico curante

☐ altro

Data

Firma

Visto: ☐ IL DIRIGENTE SCOLASTICO

☐ IL DIRETTORE S.G.A.