

Oggetto: **Comunicazione assenza per malattia**

Il/la sottoscritto/a ..... in servizio  
presso codesta Istituzione scolastica in qualità di:

<input type="checkbox"/> docente - scuola infanzia	<input type="checkbox"/> con contratto a tempo indeterminato
<input type="checkbox"/> docente - scuola primaria	<input type="checkbox"/> con incarico annuale per IRC
<input type="checkbox"/> assistente amm.vo	<input type="checkbox"/> con contratto al 31 agosto
<input type="checkbox"/> collaboratore scol.co	<input type="checkbox"/> con contratto al 30 giugno
<input type="checkbox"/> direttore s.g.a.	<input type="checkbox"/> con contratto per supplenza saltuaria

**comunica**

la propria assenza dal ...../...../20..... al ...../...../20....., giorni ....., per:

- malattia
- ricovero presso la seguente struttura sanitaria: .....
- .....
- convalescenza post-ricovero
- day-hospital presso la seguente struttura sanitaria: .....
- .....
- visita specialistica, esami o accertamenti sanitari
- malattia GRAVE PATOLOGIA

Eventuali comunicazioni:.....  
.....  
.....

Eventuale documentazione allegata: .....

Il/la sottoscritto/a è consapevole che tutte le assenze per malattia sono disciplinate dalle norme legislative e/o contrattuali pubblicate sul sito istituzionale del Circolo.

data ..... / ..... / 20..... Firma leggibile .....

**Per l'ufficio:**

- comunic. acquisita il ...../...../20....., prot. n. ....../FP. Sigla op. ....
- fonogramma del ...../...../20....., prot. n. ....../FP. Sigla op. ....

**Per il Dirigente:**

- Attribuire  Non attribuire suppl. esterna. Firma .....
- Disporre  Non disporre visita fiscale. Firma .....

**Per l'ufficio:** assenza registrata il ...../...../20..... Sigla op. ....  
visita fiscale prot. n. .... del ...../...../20..... Sigla op. ....  
decreto per riduz. retrib., n. .... del ...../...../20..... Sigla op. ....