***Al Dirigente Scolastico***

***Istituto Comprensivo Statale “ G. Catalfamo ”***

***Via dei Gelsomini, 9 - Contesse Cep***

***MESSINA***

Oggetto: ***C O M U N I C A Z I O N E A S S E N Z A***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rec. tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di: 🖵 Ins. di Sc. dell’Infanzia - 🖵 Ins. di Sc. Primaria 🖵 Doc. di Sc. Sec. di 1° grado - 🖵 Sostegno 🖵 D.S.G.A. - 🖵 Ass.te Amministrativo - 🖵 Coll. Scolastico con

🖵 C.T.I. - 🖵 C.T.D. fino al 🖵 30/06/2024 - 🖵 31/08/2024 - 🖵 Supplenza Covid - 🖵 Supplenza Breve, nel plesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comunica di assentarsi per: 🖵 MALATTIA

🖵 MALATTIA POST INTERVENTO - 🖵 RICOVERO - 🖵 FINE RICOVERO - 🖵 DAY HOSPITAL/SERVICE 🖵 VISITA SPECIALISTICA - 🖵 GRAVE PATOLOGIA - 🖵 INFORTUNIO 🖵 CONT. INFORTUNIO

🖵 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI - 🖵 ASSENZA EMERGENZA/ISOLAMENTO COVID 19

per n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorno/i a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (per Ricovero indicare struttura)

a tal fine: 🖵 allega certificazione medica - 🖵 si riserva di allegare certificazione medica

**Specificare**: 🖵 turno antimeridiano - 🖵 turno pomeridiano

Messina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presentata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Spazio Riservato all’Ufficio di Segreteria:***

Decreto Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /VII.4 - del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_