



DIREZIONE DIDATTICA STATALE




Via Minniti, 2
70022 ALTAMURA
☎ 080.3147369
☎ 080.3101251

www.roncallyaltamura.edu.it
e-mail: baee046007@istruzione.it
pec : baee046007@pec.istruzione.it
C.F. 82014380727
C.M. BAEE046007

3° CIRCOLO "RONCALLI"

Prot. n. _____
Data _____

Al Dirigente Scolastico
3° Circolo "Roncalli"

OGGETTO: COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA / VISITA SPECIALISTICA

Il/la sottoscritto/a:

- Assistente amministrativo** _____
 Collaboratore scolastico _____

in servizio presso questa Istituzione scolastica, comunica che sarà assente per

- malattia
 visita specialistica

dal _____ al _____ per un totale di gg. _____

Allega/si riserva di allegare:

- certificato medico
 certificato di ricovero ospedaliero

Comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via/P.zza _____ **n°** _____

C.a.p. _____ **Città** _____

tel. _____

Altamura, _____

Firma _____

VISTO: Il Dirigente Scolastico
(dott.ssa Marilena DARAIA)