

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ITIS "G. GALILEI" LIVORNO

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso codesto Istituto a Tempo : • indeterminato • determinato
in qualità di :

- Docente • Direttore S.G.A. • Ass.te Amm.vo • Ass.te Tecnico • Coll. Scolastico

comunica che sarà assente per:

- malattia
- ricovero ospedaliero c/o la struttura _____
- visita ASL dalle ore _____ c/o la struttura

- visita specialistica dalle ore _____ c/o (1) _____
- accertamenti sanitari dalle ore _____ c/o (1) _____

(1) Indicare: denominazione, luogo e se trattasi di struttura pubblica o privata

il giorno _____ ; oppure

dal _____ al _____ .

Allegherà / Allega:

- certificazione medica

Comunica, ai fini del controllo previsto dalla normativa vigente, che sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____ Tel. n. _____

Note:

Indicare le fasce orarie alternative (dalle ore – alle ore) nei casi di visita ASL, specialistica o accertamenti sanitari se ricadenti nelle fasce orarie ordinarie (9.00 - 13.00 e 15.00 - 18.00).

Data _____

Firma

