

COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO del
Liceo Statale "G. DAL PIAZ"
di FELTRE

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ (____) il _____,

in servizio in qualità di *DOCENTE* *PERSONALE A.T.A.*
assunto a tempo *TEMPO INDETERMINATO* *TEMPO DETERMINATO*

COMUNICA

che sarà assente per malattia dal _____ al _____
per un totale di gg. _____.

ALLEGA alla presente le seguente documentazione:

- Certificato medico o visita specialistica (autocertificazione);
- Certificato di ricovero ospedaliero;
- _____

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

- Proprio domicilio;
- Presso: _____

Via _____ n. _____
C.A.P. _____ Loc. _____ Tel. _____

Data, _____ Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Periodi di assenza per malattia fruiti:

dal	_____	al	_____	gg.	_____
dal	_____	al	_____	gg.	_____
dal	_____	al	_____	gg.	_____
dal	_____	al	_____	gg.	_____
dal	_____	al	_____	gg.	_____

VISTO, SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Mario BALDASSO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(rilasciata ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto _____
(Cognome) (nome)

nato a _____ (_____) il _____
(Comune di nascita / Stato estero) (prov) (data)

residente a _____ (_____)
(Comune di residenza) (prov)

in Via/Piazza _____ n. _____ c.a.p. _____

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

Che lo/la stesso/a in data odierna si è recato/a o si recherà

presso _____
(denominazione della struttura)

in _____ n. _____ c.a.p. _____
(località- / indirizzo)

PER : _____

VISITA / TERAPIA / PRESTAZIONI SPECIALISTICA / ESAMI DIAGNOSTICI

Dalle ore _____ alle ore _____

Luogo e data

Il Dichiarante
