

Al Dirigente Scolastico
Istituto d'Istruzione Superiore
"Luca da Penne – Mario dei Fiori"
P E N N E

OGGETTO: Comunicazione assenza per malattia (visite specialistiche e/o esami diagnostici).

__l__ sottoscritt__ _____ in servizio presso codesto Istituto
d'Istruzione Superiore in qualità di _____ a tempo _____

COMUNICA

Che sarà assente per malattia dal _____ al _____ per effettuare:

- | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> visita specialistica | <input type="checkbox"/> esami diagnostici |
| <input type="checkbox"/> in sede | <input type="checkbox"/> fuori sedi (_____) |
| <input type="checkbox"/> di mattina | <input type="checkbox"/> di pomeriggio dalle ore _____ |

non effettuabile al di fuori dell'orario di servizio per il seguente motivo:

- | | |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tipologia visita e/o esame | <input type="checkbox"/> ambulatorio chiuso |
| <input type="checkbox"/> medico non presente | <input type="checkbox"/> distanza sede/uso mezzi pubblici di trasporto |
| <input type="checkbox"/> altro _____ | |
| <input type="checkbox"/> non effettuabile nel giorno libero | |

Allega/Allegherà:

- certificato medico;
- certificazione ospedaliera;
- altro.

Penne, ___/___/___

(Firma del dipendente)