

I. C. "Dieta - Sofo"
MONOPOLI

Prot. n. _____ - _____

del _____

Al Dirigente scolastico dell'I. C. "Dieta - Sofo"

70043 MONOPOLI (BA)

Io sottoscritto _____ in servizio presso
questa scuola in qualità di _____ a tempo indeterminato,
comunico la propria assenza **dal giorno** _____ **al giorno** _____ per

malattia

visita specialistica

Durante il predetto periodo di assenza per malattia sarà residente presso l'indirizzo già
comunicato all'ufficio personale di codesta scuola, ovvero presso il sig. _____
_____ al seguente indirizzo:

Comune: _____ via _____

tel _____ - fax _____ - e-mail _____

Si impegna a consegnare entro 5 giorni la relativa documentazione.

Monopoli, _____

Firma
