Al Dirigente Scolastico

Cpia Lucca

Il / la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso il

Cpiasede\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(specificare il plesso) di codesto Istituto,

in qualità di □ Docente

 **□** ATA

con contratto **□** a tempo indeterminato

 □ a tempo determinato

**COMUNICA**

di usufruire dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per complessivi giorni \_\_\_\_\_\_\_\_ di

assenza per:

□ Malattia

□ Gravi patologie, cure salvavita

□ Visita specialistica

□ Ricovero ospedaliero

□ Day Hospital

□ Analisi cliniche

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato (campo obbligatorio):

|  |
| --- |
|  |
|  |

Numero di certificato INPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lucca, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_