

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
LUCIGNANO (AR)**

**OGGETTO: COMUNICAZIONE PERMESSO PER ASSENZA PER MALATTIA.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Qualifica: Insegnante Scuola dell'Infanzia/Primaria e Media/Ass.te Amm/vo/Coll.re Scol.co a

Tempo indeterminato/determinato in servizio presso codesto Istituto Comprensivo, Plesso di

\_\_\_\_\_

**COMUNICA**

Che dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg. \_\_\_\_\_ sarà in permesso per malattia.

Fa presente che durante l'assenza sarà reperibile all'indirizzo riportato in calcio alla presente nelle fasce orarie:

dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,00 alle ore 18,00

Allegati:

- 1) Certificato medico
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Tel./Cell.re/ \_\_\_\_\_