All’att.ne di **Dirigente Scolastico** *IC “Aldo Moro”* Solbiate Olona (Va)

**COMUNICAZIONE MALATTIA**

Il/La sottoscritto/a nato/a a

(provincia ) il in servizio presso questo Istituto Comprensivo in qualità di con contratto a tempo determinato/ indeterminato, nel plesso

Secondaria I° grado / Primaria / Infanzia “Andrea Ponti”

# COMUNICA

 che sarà  che è stato/a **assente per malattia**

## dal al

Allega alla presente i seguenti documenti:

□ Certificato medico

*Dichiara di aver preso visione delle informative ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679*

*(GDPR) consultabili alla voce “Privacy” del sito della scuola* [*www.icmoro.edu.it*](http://www.icmoro.edu.it/)

## Da comunicare solo se diverso dall’indirizzo di residenza indicato:

 l sottoscritt comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo di assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Città ( ) via n°

Solbiate Olona, Firma dipendente

VISTO Il Dirigente Scolastico Reggente

 Prof.ssa Armida Truppi