

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

Da comunicare solo se diverso dall'indirizzo di residenza indicato:

__I__ 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