

**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:**

\_\_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