

VISITA MEDICA/DAY HOSPITAL

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 **assente per esami/visita specialistica** dal _____ al _____
 che sarà **assente per ricovero/day hospital** dal _____ al _____

Allega alla presente i seguenti documenti:

- Certificato medico
- Certificato di ricovero
- Certificato relativo alla prestazione medica

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:

___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

il coordinatore di plesso è al corrente

Firma coordinatore

VISTO

Il Dirigente Scolastico Reggente
Prof.ssa Armida Truppi