



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
09037 SAN GAVINO MONREALE (CA)

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Statale

San Gavino Monreale

Oggetto: Comunicazione assenza per motivi di salute.

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso questa Scuola in qualità di :

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Docente T.I. | <input type="radio"/> Docente T.D. |
| <input type="radio"/> DSGA T.I. | <input type="radio"/> DSGA T.D. |
| <input type="radio"/> Assistente Amministrativo T.I. | <input type="radio"/> Assistente Amministrativo T.D. |
| <input type="radio"/> Collaboratore Amministrativo T.I. | <input type="radio"/> Collaboratore Amm.vo T.D. |

comunica

alla S.V. di doversi assentare - essersi assentato/a dal servizio per motivi di salute

dal _____ al _____ gg. _____

Quale documentazione allega:

San Gavino Monreale, _____

(firma del dipendente)

**Dichiara di essere a conoscenza dell'obbligo di essere presente nel proprio domicilio in ciascun giorno di assenza, anche se domenicale o festivo, dalle ore 10,00 alle ore 12,00 e dalle ore 17,00 alle 19,00 ai fini di eventuali accertamenti fiscali.
Dichiara inoltre che l'assenza è/non è causata per colpa di terzi.**

Per presa visione

Visto il DSGA: _____

Il Dirigente Scolastico

Il Dirigente Scolastico
Susanna Onnis

Data _____