|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **http://www.governo.it/images/stellone.gif** |  |  |
| **UNIONE EUROPEA** | **REPUBBLICA ITALIANA** | **REGIONE LOMBARDIA** | **I.C. “DON CAMAGNI”** |
| **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “DON CAMAGNI”**  ***Sede legale: Via J. E R. Kennedy, 15 - 20861 Brugherio (MB)***  Tel. 039/879623 - E-mail: [mbic8aj009@istruzione.it](mailto:mbic8aj009@istruzione.it)  PEC: [mbic8aj009@pec.istruzione.it](mailto:mbic8aj009@pec.istruzione.it)  icdoncamagnibrugherio.edu.it  C.M.: MBIC8AJ009 – C.F.: 85018350158 – C.U.: UFPA9W | | | |

**ASSENZA PER MALATTIA**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

“IC DON CAMAGNI”

BRUGHERIO

AL DSGA

Il/ la sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Qualifica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contratto a tempo determinato/indeterminato

**c o m u n i c a**

l’assenza per motivi di salute per il seguente periodo:

dal al = gg. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Protocollo certificato medico N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(da comunicare entro 24 ore dall’inizio dell’assenza)

Assenza causata da terzi : sì no

Il / la sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara che durante l’assenza risiederà a:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DSGA IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Franca Fulvia Chiarelli dott.ssa Daniela Vincenza IACOPINO