



ISTITUTO COMPRENSIVO E. DE AMICIS

Via delle Tofane, 1 24125 Bergamo– tel. 035/294148 - fax 035/301650

Cod. meccanografico BGIC80700G

e.mail contatti@icdeamicisbergamo.edu.it - www.icdeamicisbergamo.edu.it



Al dirigente scolastico
dell'istituto comprensivo "De Amicis"
di Bergamo

ASSENZA PER MALATTIA

_____ l'_____ sottoscritt _____ in servizio

presso codesto Istituto in qualità di _____ con contratto
di lavoro

a tempo indeterminato

determinato

comunica che sarà assente

PER MALATTIA (visite/prestazioni specialistiche)

DAL _____ AL _____ gg _____

PER DAY HOSPITAL

DAL _____ AL _____ gg _____

PER RICOVERO OSPEDALIERO

DAL _____ AL _____ gg _____

L' ASSENZA E' IMPUTABILE AD UN TERZO RESPONSABILE SI _____ NO _____

Si allega IMPEGNATIVA _____ ATTESTAZIONE _____ certificato medico _____

L'amministrazione potrà disporre controlli fiscali al seguente indirizzo
(compilare se diverso da quello già agli atti dell'istituto)

Bergamo, _____

FIRMA

VISTO:

Il dirigente scolastico

Maddalena Dasdia

Documento firmato digitalmente ai sensi
del CAD e normativa connessa
