

PROT. N. _____

DATA _____

**Al Dirigente Scolastico
dell' ITT-LSSA "Copernico"
Barcellona P.G. (ME)**

Il sottoscritt _____ in servizio presso questo Istituto nel
(Cognome e Nome)
corrente anno scolastico ____/____ in qualità di _____ con
(Qualifica e/o materia di insegnamento)
contratto a tempo:

Determinato

Indeterminato

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire dal _____ al _____ per complessivi gg. _____ di assenza per:

- ◇ MALATTIA
- ◇ ACCERTAMENTI CLINICI
- ◇ VISITA SPECIALISTICA
- ◇ DAY HOSPITAL
- ◇ DAY SURGERY
- ◇ RICOVERO OSPEDALIERO
- ◇ GRAVI PATOLOGIE

Allega certificato medico.

Durante l'assenza il sottoscritt _____ sarà reperibile nelle fasce orarie dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00 in:

Domicilio Fiscale _____ (_____) (Comune di residenza) (Provincia)

Via _____ N° _____ Tel. _____

A.U.S.L. di appartenenza N. _____ di _____

Barcellona P.G. _____

Firma del dipendente