

*Al Dirigente Scolastico*  
*dell' Istituto Comprensivo “ Giovanni XXIII - Colonna “*  
*Via Milano, 23*  
*97019 VITTORIA (RG)*

Il / La sottoscritto \_\_\_\_\_ in servizio presso codesto Istituto  
in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto a tempo \_\_\_\_\_  
( INDETERMINATO / DETERMINATO )

**COMUNICA**

L'assenza dal servizio dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ gg. \_\_\_\_\_

Per Malattia

visita specialistica    ricovero ospedaliero    analisi cliniche    accertamenti diagnostici

Durante il periodo di assenza il/la sottoscritt \_ sarà domiciliat\_ in : Via \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_

Vittoria, \_\_\_\_\_

*firma*