

Riservato all'Ufficio (protocollo)

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto  
"VIA CAROTENUTO 30"  
R O M A

Oggetto: **comunicazione assenza per malattia**

\_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

in servizio presso l'Istituto in qualità di :

- |                          |                           |                 |          |          |
|--------------------------|---------------------------|-----------------|----------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Insegnante                | con contratto a | ( ) T.I. | ( ) T.D. |
| <input type="checkbox"/> | Direttore Amministrativo  | con contratto a | ( ) T.I. | ( ) T.D. |
| <input type="checkbox"/> | Assistente Amministrativo | con contratto a | ( ) T.I. | ( ) T.D. |
| <input type="checkbox"/> | Collaboratore Scolastico  | con contratto a | ( ) T.I. | ( ) T.D. |

**comunica**

alla S.V. l'assenza dal servizio per malattia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per complessivi giorni \_\_\_\_\_

allega:

1. \_\_\_\_\_

Dichiara di essere a conoscenza dell'obbligo di essere presente nel proprio domicilio (Via e Numero \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_)  
in ciascun giorno dell'assenza - anche se domenicale o festivo - dalle ore 09.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00 ai fini di eventuali accertamenti fiscali.

Roma, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma del dipendente)

**Riservato all'Ufficio**

VISTO:

Il Dirigente Scolastico