ISTITUTO COMPRENSIVO DI PALMANOVA
SCUOLE DELL'INFANZIA, PRIMARIE E SECONDARIA DI 1° GRADO

Al Dirigente Scolastico
dell'IC di Palmanova

II/La sottoscritto/a _____

personale Docenti ☐ **a t.i.** ☐ **a t.d.**

in servizio presso la Scuola Infanzia/Primaria/Secondaria 1°grado di _____
(evidenziare la voce che interessa)

COMUNICA

di usufruire di n _____giorni dal_____al_____

- ❑ Malattia
- ❑ Visita specialistica
- ❑ Day Hospital
- ❑ Ricovero Ospedaliero
- ❑ Post Ricovero
- ❑ Grave Patologia
- ❑ Infortunio sul lavoro
- ❑ Varie_____

Allega la seguente documentazione: _____

Palmanova,_____ _____

(Firma)

Il Dirigente Scolastico
Matteo Tudech