



Liceo Scientifico Statale "Antonio Pacinotti"

Al **Dirigente Scolastico** del
Liceo Scientifico Statale "A. Pacinotti"
Via XV Giugno 1918, snc - La Spezia

Il/La sottoscritto/a _____,
(Cognome e Nome)

DOCENTE

in servizio presso codesto istituto con contratto di lavoro a _____
(Tempo Indeterminato - Tempo Determinato - Breve e Saltuario)

COMUNICA

alla S.V. che sarà assente dal servizio dal _____ al _____ per complessivi _____ giorni per:

- Motivi di Salute** (Malattia) (*) Indicare il domicilio nel caso di verifica Medico Fiscale.
- Motivi di Salute** (Malattia dovuta a causa di servizio)
- Infortunio sul Lavoro**
- Gravi Patologie**
- Visita Specialistica** (*) Indicare il domicilio nel caso di verifica Medico Fiscale.
- _____

si allega:

- Attestazione di Malattia INPS n° _____ rilasciata dal Medico curante.
- Attestazione di presenza, con orario di ingresso ed uscita, rilasciata dall'Ente che effettua la Visita Specialistica

(*) Il/La sottoscritto/a dichiara che durante il periodo di assenza sarà domiciliato presso l'abitazione del:

Sig/Sig.^{ra} _____ nel Comune di _____

Via _____ n° _____ Telefono _____

La Spezia, _____

_____ **Firmato**



Il Dirigente Scolastico

Prof.^{ssa} Emma LUCCHINI

Il documento è firmato digitalmente
ai sensi del D. Lgs 82/2005 ss. mm. ii.
e norme collegate e sostituisce
il documento cartaceo e la firma autografa