



MINISTERO dell'ISTRUZIONE dell'UNIVERSITA' e della RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO I. C. ALES (OR)

Sede: scuola secondaria di primo grado "DANTE ALIGHIERI"

Via Amsicora, 6. – 09091 **ALES (Oristano)** ; e-mail: **ORIC82100N@istruzione.it**

Tel. - Centr. 0783/91601; - DS 0783/998184; - DSGA 0783/91691 – FAX 0783/998061- cod.m.. ORIC82100N – c.f. 80004790954;

Al Dirigente scolastico
Dell'Istituto Comprensivo Statale di Ales

Oggetto: **RICHIESTA MALATTIA PER GRAVE PATOLOGIA E TERAPIA SALVAVITA .**

Il/la sottoscritt_____

nat_ a _____ il _____ e residente

a _____ in via _____ in servizio presso codesto

Istituto nel plesso di scuola _____ in qualità _____

con contratto a tempo determinato/indeterminato,

COMUNICA

Di astenersi dal servizio per malattia certificata come grave patologia nei seguenti periodi:

dal _____ al _____ per gg _____

e precisamente per* (barrare la casella che interessa)

ricovero ospedaliero

day-hospital

terapie certificate totalmente e/o parzialmente invalidanti effettuate in relazione alla grave patologia di cui sopra.

Si allega la sotto indicata documentazione

Certificazione medica di assenza per malattia

Certificazione rilasciata dalla competente A.S.L./ medico di base convenzionato attestante la grave patologia ed i ricoveri o terapie ad esse collegati.

Data _____

Firma _____