



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 – oric82100n@pec.istruzione.it
Tel. - Centr. 0783/91601; - DS 0783/998184; - DSGA 0783/91691
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 _____