

MALATTIA

Pers.Ass.1
31/08/2007

AL DIRIGENTE DEL 2° CIRCOLO SPINEA

Il/La sottoscritto/a _____

INSEGNANTE <input type="checkbox"/>	DI SCUOLA PRIMARIA <input type="checkbox"/>	DI SCUOLA DELL'INFANZIA <input type="checkbox"/>
DIRETTORE SERV. GG.AA. <input type="checkbox"/>	ASSISTENTE AMM.VO <input type="checkbox"/>	COLLABORATORE SCOL. <input type="checkbox"/>

A tempo INDETERMINATO <input type="checkbox"/>	A tempo DETERMINATO <input type="checkbox"/>	Con supplenza breve e saltuaria <input type="checkbox"/>
		Con nomina al 30/06 - 31/08 <input type="checkbox"/>

C O M U N I C A

L'assenza per malattia: visita medica/prestazioni specialistiche
 accertamenti diagnostici
 day hospital

dal _____ al _____ per giorni

Allegherà alla presente: _____

Spinea, _____

Firma _____