

**ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
DELL'I.C. E.DE AMICIS
ANZOLA EMILIA (BO)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

COLL.RE SCOL.CA/ASS.TE AMM.VO/A T.D./T. I. IN SERVIZIO PRESSO L'ISTITUTO
COMPENSIVO.

CHIEDE

DI ASSENTARSI DAL LAVORO PER MALATTIA DAL _____ AL _____

PER COMPLESSIVI GIORNI _____

ALLEGA CERTIFICAZIONE MEDICA _____

ANZOLA EMILIA _____

ASSMALATTIA