ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
I.C. DE AMICIS
ANZOLA EMILIA

IL/ La sottoscritta**_____**

in servizio presso la scuola **infanzia/primaria/scuola secondaria di I°grado a T.I./ T.D. e docenti Supplenti temporanei.**
_____

C H I E D E

Di assentarsi dal lavoro per malattia dal_____al_____

Per complessivi giorni_____

Allega certificazione medica _____.

Data _____

_____