**![logo-repubblica[1]]()**

Istituto Comprensivo “Norberto Bobbio”

**scuola dell’infanzia, primaria e secondaria di primo grado**

Via IV Novembre, 2 - Rivalta Bormida (AL)

Tel. 0144364113 \* 0144372068 \* 0144364941 \* Fax 0144364643 \* C.M. ALIC809001 \* C.F. 81003050069

e-mail: alic809001@istruzione.it PEC alic809001@pec.istruzione.it Web: [www.comprensivorivaltab.gov.it](http://www.comprensivorivaltab.gov.it)

**MD I 5 Assenza per malattia**

 Al Dirigente Scolastico

 Istituto Comprensivo “N. Bobbio”

 Rivalta Bormida

 \_l \_sottoscritt­\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (cognome e nome) ( qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente a.s. con contratto a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (determinato/indeterminato)

**CHIEDE**

di fruire di gg ............ dal ................................... al .....................................

 di assenza per malattia

Si allega alla presente certificazione medica.

 La/Il sottoscritta/o dichiara che il domicilio durante la malattia è il seguente:

…........................................................................................................................................................................... (località, via o piazza, numero civico, numero telefonico)

 Con osservanza

 lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma del dipendente)