

Al **Dirigente Scolastico**
dell'Istituto Comprensivo
di **Robbiate**

__ sottoscritt__ _____, nat__ il _____, in servizio

a tempo determinato a tempo indeterminato

in qualità di

DSGA Docente Assistente Amministrativo Collaboratore scolastico

presso la scuola

dell'Infanzia Primaria Secondaria di primo grado

di _____

COMUNICA

la propria **assenza per malattia** dal _____ al _____

A tal fine allega: _____

Data _____ Firma _____