**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**
**DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO**
**DI FARRA DI SOLIGO**

Il/La sottoscritto/a

in servizio presso l' I. C. di Farra di Soligo, sede

in qualità di: ☐ DOC. INFANZIA ☐ DOC. PRIMARIA ☐ DOC. SECONDARIA
in qualità di: ☐ DSGA ☐ ASS. AMMINISTRATIVA ☐ COLL. SCOLASTICO
con contratto: ☐ a tempo determinato ☐ a tempo indeterminato

**CHIEDE DI POTER USUFRUIRE**

dal al di complessivi gg. per:

☐ **MALATTIA o VISITA MEDICA SPECIALISTICA** ☐ **dichiara che l'assenza NON è dovuta a causa di terzi**
(uguale o superiore a metà dell'orario giornaliero ☐ **dichiara che l'assenza E' dovuta a causa di terzi**
allegare certificazione medica)

**N. CERTIFICATO MEDICO**

**RECAPITO reperibilità in caso di assenza dal luogo di residenza abituale**

via n. Cap città

tel.

Data firma

---

Spazio riservato all'Ufficio

***ISTITUTO COMPRENSIVO di FARRA DI SOLIGO***
*Via Brigata Mazzini, n° 72 - COL SAN MARTINO (TV)*
*Telefono 0438/898145 – Telef.e Fax 0438/898141*

**VISTA** la richiesta di cui sopra

☐ **SI CONCEDE QUANTO RICHIESTO** ☐ **Dispone la visita fiscale**
☐ **Non dispone la visita fiscale**

Il Dirigente Scolastico reggente
Stefano Ambrosi

(Documento firmato digitalmente
ai sensi della normativa vigente)