

## MODELLO DI COMUNICAZIONE MALATTIA

Al **DIRIGENTE SCOLASTICO**  
dell'Istituto Comprensivo  
"Giacomo Leopardi"  
**TORRE ANNUNZIATA**

Il/la sottoscritto/a  in servizio  
presso codesto istituto in qualità di  ed in  
servizio presso ,

### c o m u n i c a

di fruire di giorni  dal  al  per malattia; recapito  
per eventuale visita fiscale:

recapito telefonico mobile: .

Numero certificato medico INPS:

Torre Annunziata,

firmato

