All’att.ne di **Dirigente Scolastico** *IC “Aldo Moro”* Solbiate Olona (Va)

**VISITA MEDICA/DAY HOSPITAL**

Il/La sottoscritto/a nato/a a

(provincia ) il in servizio presso questo Istituto Comprensivo in qualità di con contratto a tempo determinato/ indeterminato, nel plesso

Secondaria I° grado / Primaria / Infanzia “Andrea Ponti”

# COMUNICA

* che sarà **assente per esami/visita specialistica dal al**
* che sarà **assente per ricovero/day hospital dal al**

Allega alla presente i seguenti documenti:

* Certificato medico
* Certificato di ricovero
* Certificato relativoallaprestazione medica

*Dichiara di aver preso visione delle informative ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) consultabili alla voce “Privacy” del sito della scuola* [*www.icmoro.edu.it*](http://www.icmoro.edu.it/)

**Da comunicare solo se diverso dall’indirizzo di residenza indicato:**

 l sottoscritt comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo di assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

Città ( ) via n°

## Solbiate Olona, Firma dipendente

* il coordinatore di plesso è al corrente Firma coordinatore

## VISTO Il Dirigente Scolastico Reggente

##  Prof.ssa Armida Truppi