



Ministero della Pubblica Istruzione

*Distretto Scolastico n. 50*

*Direzione Didattica Statale Fiuggi*

03014 FIUGGI (Frosinone) – Tel./fax 0775/514117 - email: [free02500g@istruzione.it](mailto:free02500g@istruzione.it) C.F.:80001560608

Al Dirigente Scolastico  
Direzione Didattica  
Fiuggi

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ in servizio in qualità di \_\_\_\_\_  
con contratto a tempo determinato/indeterminato presso la scuola  
elementare/materna di Fiuggi/Acuto

CHIEDE

alla S.V. di essere posto/a in assenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per

Malattia

Visita specialistica

come da certificazione allegata alla presente.

Il/la sottoscritto/a sarà reperibile per visita fiscale al seguente indirizzo:

---

Fiuggi, \_\_\_\_\_

Firma

---