

ISTITUTO COMPRENSIVO SOMMARIVA PERNO

Sommariva Perno

cnic818004@pec.istruzione.it

**Comunicazione assenza per malattia**

**Cognome Nome Codice fiscale**                      **Nome** LAURA  
**Cognome** PASTURA  
**C.F.** PSTLRA72A70L219Q  
**E-mail** lpastura@libero.it

**Il/La sottoscritto/a (indicare COGNOME e NOME)** PASTURA LAURA

**In qualità di**     Docente  
 ATA

**con contratto di lavoro a tempo**                       determinato  
 indeterminato

**Se a tempo determinato indicare la scadenza del contratto** 31/08/2020

**Sede di servizio (chi è in servizio su più sedi indicare la o le sedi in cui svolge servizio nei giorni richiesti)**

- Infanzia di Sommariva Perno
- Infanzia di Baldissero d'Alba
- Infanzia di Corneliano d'Alba
- Infanzia
- Primaria di Sommariva Pe
- Primaria di Bal
- Primaria di Cornel
- Primaria di P
- Secondaria di Somma
- Secondaria di Corneliano d'Alba

**Comunica la propria ASSENZA per MALATTIA per n° giorni:** 1

**Dal** 31/01/2020

**Al** 31/01/2020

**Recapito telefonico nei giorni di assenza:** 349-3913966

**NOTE:** NR. PROTOCOLLO MUTUA 248809336

**Durante l'assenza il/la sottoscritto/a sarà reperibile al seguente indirizzo:** VIA LUIGI EINAUDI 5 CARAMAGNA PIEMONTE

FIRMA ELETTRONICA SEMPLICE

Data 31/01/2020

Nome LAURA

Cognome PASTURA

C.F. PSTLRA72A70L219Q

E-mail lpastura@libero.it