

Modello Assenza per Malattia

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Tecnico Commerciale "P.Savi"
di Viterbo

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso
codesto Istituto, in qualità di _____ con contratto a Tempo Indeterminato/Determinato,

COMUNICA/CHIEDE

Alla S.V. di assentarsi per giorni _____ dal ____/____/____ al ____/____/____ per :

MALATTIA (AI SENSI DEGLI ART 17 E 19 DEL CCNL 2006/2009);

(NEL CASO IN CUI L'INFERMITÀ SIA CAUSATA DA COLPA DI UN TERZO, SIA IPOTETICAMENTE, SIA DIMOSTRATAMENTE, IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A FORNIRE OGNI INFORMAZIONE UTILE AL FINE DELLA PROCEDURA PREVISTA DALL'ART. 17 COMMA 17 CCNL 2006/2009);

(L' ASSENZA PER MALATTIA DEVE ESSERE COMUNICATA ALL'ISTITUTO SCOLASTICO TEMPESTIVAMENTE E COMUNQUE NON OLTRE LE ORE 8,00 DEL GIORNO IN CUI SI VERIFICA);

IL DIPENDENTE È TENUTO A RECAPITARE O SPEDIRE A MEZZO RACCOMANDATA CON AVVISO DI RICEVIMENTO IL CERTIFICATO MEDICO DI GIUSTIFICAZIONE DELL'ASSENZA ENTRO CINQUE GIORNI SUCCESSIVI ALL'INIZIO DELLA MALATTIA. QUALORA TALE TERMINE SCADA IN GIORNO FESTIVO ESSO È PROROGATO AL PRIMO GIORNO LAVORATIVO SUCCESSIVO ART 17 COMMA 11).

RICOVERO OSPEDALIERO O DI DAY HOSPITAL

Si riserva di allegare la certificazione comprovante l'evento

VISITA MEDICA SPECIALISTICA ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (C.M. 27/06/96 E D.L. 112/2008)

il /la sottoscritto/a , sotto la sua personale responsabilità **DICHIARA** che i predetti accertamenti diagnostici- visita medica specialistica verranno eseguiti presso la struttura:

ALLEGA : Richiesta Medico di base, (**obbligatorio dal 3° evento morboso nell'anno solare D.L. n. 112/2008**)

Si riserva di allegare la certificazione comprovante la visita eseguita

Durante il periodo di assenza il/la sottoscritto/a sarà domiciliato presso:

Città _____ (____) VIA/P.ZA _____

n. tel. _____/_____ CELL. _____

Viterbo, ____/____/_____

(firma interessato)

Vista la domanda:

si concede non si concede per: _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa Maria Patrizia Gaddi)