

Il/La sottoscritto/a

in servizio presso codesto Istituto, in qualità di

con contratto a tempo

COMUNICA/CHIEDE

Alla S.V. di assentarsi per giorni dal al per

- MALATTIA (AI SENSI DEGLI ART 17 E 19 DEL CCNL 2006/2009);
 MALATTIA CAUSATA DA TERZI.

N.B: 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 E' TENUTO A COMUNICARE IL NUMERO DI PROTOCOLLO DEL CERTIFICATO RILASCIATO DAL MEDICO CURANTE.

SI RICORDA CHE, SE PER IMPROPRIOGABILI MOTIVI, IL DIPENDENTE DOVESSE ASSENTARSI DURANTE LE FASCE ORARIE DI CONTROLLO DA PARTE DELL'UFFICIO MEDICO LEGALE (9,00 – 13,00 E 15,00-18,00), E' TENUTO AD AVVISARE PREVENTIVAMENTE QUESTA DIRIGENZA. TALE COMUNICAZIONE E' NECESSARIA PER GIUSTIFICARE L'ASSENZA DAL PROPRIO DOMICILIO.

- MALATTIA DEL BAMBINO (ART. 12 COMMA 5) ENTRO 3 ANNI DA 3 A 8 ANNI

- RICOVERO OSPEDALIERO O DI DAY HOSPITAL
Si riserva di allegare la certificazione comprovante l'evento

- PERMESSO DONATORI DI SANGUE E EQUIPARATI

- 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:

Si riserva di allegare la certificazione comprovante la visita eseguita

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

città via

tel.

Data