**Al Dirigente Scolastico**

**dell'Istituto Comprensivo di**

**Villa Minozzo**

**Oggetto: comunicazione assenza per malattia. (CCNL 29-11-2007)**

**\_\_ l \_\_ sottoscritt \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**docente con contratto a tempo indeterminato/determinato, in servizio presso la scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,**

**comunica**

**che sarà assente per malattia dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## Allega:

# certificato medico

# certificato di ricovero ospedaliero

* **Altro (precisare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**dichiara che lo stato di malattia**

**[] E’ causato da terzi [] NON E’ causato da terzi**

(Se provocato da terzi indicare la causale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**[] E’ stato causato da infortunio [] NON E’ causato da INFORTUNIO**

(Se provocato da terzi indicare la causale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Comunica ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:**

**Via / P.zza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nominativo indicato sul campanello (se diverso dal proprio)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_l \_\_ sottoscritt \_\_ dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni previste dalla legge 133 del 21.08.08. si ricorda che il dipendente assente per malattia , è tenuto a farsi trovare nel domicilio comunicato all’amministrazione, in ciascun giorno, anche se domenicale o festivo, dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore15 alle ore 18”.

Si ricorda che la presente domanda deve essere consegnanta/ inviata in segreteria – compilata in ogni parte – entro i cinque giorni successivi all’inizio della malattia o all’evenutale prosecuzione (Art. 17 comma 11 CCNL 29.11.2007).

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (firma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Visto: si esprime parere favorevole (Firma)**

**Il Dirigente Scolastico**

**Dott.ssa Giuseppina Gentili**