ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "T.VECELLIO"
Via T. Vecellio, 28 – 36030 SARCEDO
tel. 0445/884178 - Cod. VIIC83800D C. FISCALE: 84006650240
E-mail: viic83800d@istruzione.it / Web: www.icvecellio.edu.it

Oggetto: Richiesta assenza per malattia

Al Dirigente scolastico

Io sottoscritto/a _____ codice fiscale _____ nato/a il _____ a _____ prov. _____ e residente in VIA _____, _____, _____ - _____ (___) in servizio presso codesta istituzione scolastica

in qualità di

a tempo ,

CHIEDE

ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. Scuola, la propria assenza dal servizio per malattia per il periodo:

dal giorno al giorno per complessivi numero giorni

Comunica, inoltre, che tale assenza è riconducibile a:

☐ Assenza per malattia

☐ Indicare se è stata data l'Informativa relativa alla presenza di trattamenti retributivi accessori

☐ Assenza per malattia (visita medica)

In base all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia dichiaro sotto la mia personale responsabilità:

- ☐ che è stato possibile prenotare solo in orario coincidente con le ore di lavoro;
- ☐ che non è stato possibile prenotare nel giorno libero e/o in orario pomeridiano;

☐ Ricovero ospedaliero/Convalescenza post-ricovero

☐ Day hospital

☐ Grave patologia che richiede terapia salvavita temporaneamente e/o parzialmente invalidanti

☐ Infermità causata da colpa di un terzo

☐ Infortunio sul lavoro

☐ Cure riferite allo stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta

☐ Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio

☐ Assenza per malattia non prevista la decurtazione

☐ Assenza per Covid-19

☐ Analisi cliniche

☐ Visita Specialistica Fuori Regione

Note

Dichiara che durante tale periodo sarà domiciliato in

in Via al numero

☐ Comunica, altresì di doversi allontanare durante le fasce di reperibilità (dalle 9:00 alle 13:00 e dalle 15:00 alle 18:00) dall'indirizzo di cui sopra dal giorno al giorno per i seguenti motivi:

Numero di protocollo identificativo del certificato:

Distinti saluti.

Data

FIRMA DEL RICHIEDENTE

_____