

- AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'ISTITUTO COMPRENSIVO
"G.M. SACCHI" di PIADENA

Oggetto: comunicazione **assenza per malattia**
(visita medica – prestazione specialistica – accertamento diagnostico)
art.17 e 19 CCNL 29/11/2007

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio
presso la Segreteria
 Scuola dell'Infanzia Primaria Secondaria di I gr.
di _____

in qualità di Docente
 D.S.G.A. a Tempo Indeterminato
 Assistente amministrativo a Tempo Determinato
 Collaboratore scolastico

COMUNICA

la propria assenza per malattia dal _____ al _____ per totale gg.

per visita medica - prestazione specialistica - accertamento diagnostico

- Allega:** certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria che ha erogato la prestazione , con
- Allegnerà :** attestazione del giorno e dell'ora in cui l'interessato/a si è presentato/a
- certificazione di ricovero ospedaliero
- (altro) _____

=====
Contrassegnare con una x le caselle che interessano, tenendo conto che la certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria che ha erogato la prestazione è obbligatoria e deve essere presentata al momento della ripresa di servizio.

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara sotto la propria personale responsabilità , che la visita medica- prestazione specialistica – accertamento diagnostico, al momento della prenotazione gli/le è stata fissata per il giorno _____ alle ore _____ e che non è stato possibile effettuarla al di fuori dell'orario di servizio.

_____, lì _____
(luogo) (data)

(firma)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'ISTITUTO COMPRENSIVO
"G.M. SACCHI" di PIADENA

Oggetto: comunicazione **assenza per malattia**
art.17 e 19 CCNL 29/11/2007

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso la Segreteria

Scuola dell'Infanzia Primaria Secondaria di I gr.
di _____

in qualità di Docente a Tempo Indeterminato
 D.S.G.A. a Tempo Determinato
 Assistente amministrativo
 Collaboratore scolastico

COMUNICA

la propria assenza per malattia dal _____ al _____ per totale gg.

l'assenza è imputabile ad un terzo responsabile **SI** **NO**

Allega: certificato medico
 Allegherà : certificazione di ricovero ospedaliero
 (altro) _____

=====
Comunica che, durante il periodo di assenza per malattia, nelle fasce orarie dalle ore 9.00 alle ore 13.00 e dalle ore 15.00 alle ore 18.00 di tutti ii giorni, sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via _____ n. _____ tel. _____ Cap . _____ Luogo _____ provincia di _____

=====
- Comunica che nelle fasce orarie dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____
dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____

non sarà reperibile per i motivi di cui si impegna a consegnare la documentazione.

=====

_____, lì _____

(luogo)

(data)

(firma)