

RISERVATO ALL'UFFICIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "C.SO MATTEOTTI" ALFONSINE
Data: _____
Prot. n. _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
"C.so Matteotti"
ALFONSINE

OGGETTO: ASSENZA PER MALATTIA Sig. _____

_____, sottoscritt _____

in servizio presso codesta Istituzione scolastica in qualità di _____
con rapporto di lavoro a Tempo Indeterminato Determinato, ai sensi C.C.N.L./29.11.2007,

COMUNICA

la propria assenza per malattia dal _____ al _____
per n. _____ giorni.

Al riguardo precisa che l'assenza è dovuta a:

- Visita specialistica presso _____;
- Day hospital presso _____;
- Ricovero ospedaliero presso _____;

Durante l'assenza, nelle fasce orarie dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 15 alle ore 18, sarà reperibile al seguente indirizzo: Via/P.zza _____ n. _____

C.A.P. _____ Comune _____ Prov. _____

Comunica inoltre che in data _____, dalle ore _____ alle ore _____
e dalle ore _____ alle ore _____ non sarà reperibile all'indirizzo indicato per le
motivazioni di seguito indicate: _____

ALLEGA:

- Certificato medico certificato di ricovero ospedaliero _____;
- Si riserva di inviare
 certificato medico certificato di ricovero ospedaliero _____;

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003, che i
dati personale di cui alla presente sono richiesti obbligatoriamente ai fini del procedimento per
cui viene prodotta. Gli stessi saranno trattati anche con strumenti informatici e potranno
essere utilizzati e/o comunicati soltanto a soggetti pubblici per l'eventuale seguito di
competenza.

Data, _____

(Firma del richiedente)