

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO

OGGETTO: Comunicazione **assenza per malattia**

..l.. sottoscritt. ....

in servizio presso .....  
(riportare tipo di scuola e nome scuola)

in qualità di  Ata A TEMPO  Indeterminato (e assimilati)  Determinato

ai sensi del CCNL art. 17 per i dipendenti a T.I. e art. 17 e 19 per i dipendenti a T.D.

**comunica che sarà assente per malattia**

dal ..... al ..... per un totale di gg. ....

**Dichiara che lo stato di malattia:**

é stato causato da TERZI (indicare la causale) .....

non è stato causato da TERZI

é stato causato da INFORTUNIO SUL LAVORO occorso in data...../...../20.....

non è stato causato da INFORTUNIO SUL LAVORO

**Allego:**

certificato medico  certificato di ricovero ospedaliero

altra documentazione .....

**Comunico** ai fini di controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al seguente indirizzo dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,00 alle ore 18,00 in ciascun giorno dell'assenza anche se domenicale o festivo:

Via/Piazza ..... n° .....

C.A.P. .... Città .....

Tel. ....

*Dichiara, inoltre, di aver presò visione dell'informativa di codesta Scuola ai sensi del D.Lgs. 196/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali», art. 13; di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n.305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari....».*

.....  
luogo e data ..... Firma del dipendente

Riservato all'Amministrazione

Note: .....

.....  
luogo e data ..... Firma del Dirigente