

OGGETTO: Comunicazione **assenza per malattia / visite specialistiche**

..I.. sottoscritt.

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

in qualità di Docente 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 / visita specialistica

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 09,00 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 preso 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