

Prot.n. \_\_\_\_\_

**OGGETTO: Assenza per malattia (art.17 C.C.N.L. 2006/2009)**

\_\_I\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat\_\_a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Docente/Ata con contratto:

- A tempo indeterminato
- A tempo determinato stipulato dal Dirigente dell'U.S.P.
- A tempo determinato stipulato dal Capo di Istituto

in servizio nell'Istituto Comprensivo di Inverigo – scuola \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
classe/sezione \_\_\_\_\_

### COMUNICA

l'assenza dal servizio per malattia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
per complessivi giorni \_\_\_\_\_

Precisa che si tratta di  **NUOVA RICHIESTA**  **PROROGA**

Dichiara di dimorare durante l'assenza:

- nel luogo di residenza comunicato all'Istituto Comprensivo
- \_\_\_\_\_  
(precisare indirizzo del luogo diverso da quello di residenza/domicilio, indicare possibilmente anche l'Asl territoriale)

Precisa che per accertamenti specialistici, prestazioni o per \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

non sarà reperibile nella fascia qui di seguito precisata:

- dalle ore 9 alle ore 13
- dalle ore 15 alle ore 18

Allega alla presente il certificato medico di giustificazione dell'assenza

Si riserva di presentare: \_\_\_\_\_  
a giustificazione della mancata reperibilità nella fascia oraria già segnalata.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ai fini del Decreto Legislativo n.196/03 in materia di protezione dei dati personali, si informa che l'Istituto Comprensivo di Inverigo si impegna a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite dalla S.V.: tutti i dati forniti saranno trattati solo per le finalità connesse e strumentali a quanto in oggetto, nel rispetto delle disposizioni vigenti

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_