

Assenza per malattia
Personale a tempo indeterminato/determinato

Riservato all'Ufficio Protocollo

Al Dirigente Scolastico
Liceo Statale "Regina Margherita"
Via Valperga Caluso, n. 12 - Torino
E-Mail: topm050003@istruzione.it

Oggetto: Comunicazione assenza per malattia (artt. 17-19 CCNL Comparto Scuola 29/11/2007)

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____, prov. _____, il _____,
in servizio nel corrente anno scolastico presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di:
 Personale Docente, di _____, classe di concorso _____
 Personale ATA, profilo di _____
con contratto di lavoro a tempo **indeterminato** / **determinato** dal _____ al _____,
per n. ____/____ ore settimanali di servizio, con completamento presso _____

COMUNICA

ai sensi dell'art. 17 e dell'art. 19, commi 3, 4 e 10 del CCNL Comparto Scuola 29/11/2007 e s.m.i.,
di **assentarsi dal servizio per motivi di salute** per il seguente periodo:

Dal _____ **al** _____ compresi, per complessivi n. _____ giorni.

A tal fine dichiara:

- Di aver comunicato l'inizio/proroga dell'assenza per malattia, in data _____;
- Di aver comunicato il numero del certificato telematico di malattia in data _____;
- Di avere un contratto di lavoro a tempo determinato in qualità di supplente annuale/termine attività didattiche (scad. 31/8-30/6) con diritto a 30 giorni retribuiti al 100% e 60 giorni al 50%;
- Di avere un contratto di lavoro a tempo determinato in qualità di supplente breve e temporaneo con diritto a 30 giorni retribuiti al 50%;
- Di essere reperibile durante il periodo di assenza, anche ai fini dell'eventuale accertamento medico, presso il seguente indirizzo (se diverso da quello abituale):
presso _____, via _____ n. _____,
comune di _____, cap. _____, prov. _____, tel./cell. n. _____.

In caso di diniego a fruirne, i motivi di servizio ostativi devono essere comunicati per iscritto allo/a scrivente ai sensi degli artt. 2 e 3 della Legge n. 241/1990, come integrata dalla Legge n. 15/2005.

Si allega:

- Certificato telematico di malattia n. _____;
- Certificato medico in cartaceo (con la sola prognosi);
- Certificato di ricovero ospedaliero.

_____, _____ Firma _____

Riservato all'Ufficio	
Visto per il personale ATA Il Direttore S.G.A. Claudio Innamorato	Visto Il Collaboratore del Dirigente Scolastico
Vista la domanda <input type="checkbox"/> Si concede - <input type="checkbox"/> Non si concede per i seguenti motivi _____ IL DIRIGENTE SCOLASTICO Francesca Di Liberti	

L'assenza per malattia è stata regolarmente registrata e comunicata in data _____,
per l'eventuale sostituzione, a cura dell'assistente amministrativo _____.