

**Assenza per malattia dovuta a gravi patologie
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 gravi patologie (artt. 17-19 CCNL 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 _____,

COMUNICA

ai sensi dell'art. 17, comma 9 e dell'art. 19, comma 15 del CCNL Comparto Scuola 29/11/2007 e s.m.i., di **assentarsi dal servizio per motivi di salute dovuti a gravi patologie** che richiedono terapie temporaneamente e/o parzialmente invalidanti di cui al DM 28/5/99 n. 329 per il seguente periodo:

- Dal** _____ **al** _____ compresi, per complessivi n. _____ giorni.
comprensivi dei giorni di ricovero ospedaliero/day hospital e di quelli dovuti alle conseguenze delle terapie.

A tal fine dichiara, di trovarsi nella situazione di:

- Ricovero ospedaliero/day hospital presso _____
di _____ dal _____ al _____;
 Assenza dovuta alle conseguenze delle terapie come da allegata documentazione medica;
 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:

- Certificazione di prenotazione/ricovero ospedaliero/day hospital per terapie temporaneamente o parzialmente invalidanti;
 Certificazione medica attestante gli effetti della terapie n. _____;
 _____.

Distinti saluti

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

- Si concede - 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 _____.