Al Dirigente Scolastico dell' I.C.
"DON MILANI" di Perticato di
MARIANO COMENSE

OGGETTO: assenza per malattia

_l_ sottoscritt_ _____nat__ il_____a_____in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di_____con contratto a tempo determinato/ indeterminato

COMUNICA

ai sensi degli artt.17 e 19 del C.C.N.L. 29-11-2007, che sarà **ASSENTE PER MALATTIA** dal_____al_____gg._____, come da allegato certificato medico, rilasciato dal Dott._____in data_____, (ovvero in quanto ricoverato presso_____, come da allegata certificazione).

L'assenza è imputabile ad un terzo responsabile: SI ☐ NO ☐

Ai fini dell'eventuale visita medica di controllo, _l_ sottoscritt_ dichiara che la ASL di competenza è la _____di_____ e che sarà presente al sotto indicato indirizzo nelle fasce orarie dalle ore 9 alle ore 13 e dalle ore 15 alle ore 18 (D.L. 112/2008).

Durante il predetto periodo di assenza per malattia _l_ sottoscritt_ dimorerà in_____ Via_____telefono_____

_____lì_____

_____

N.B. Salva l'ipotesi di comprovato impedimento, l'assenza deve essere comunicata all'istituto scolastico di servizio tempestivamente e comunque non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui essa si verifica, anche nel caso di eventuale prosecuzione dell'assenza. Salvo comprovato impedimento, il certificato medico di giustificazione dell'assenza con indicazione della sola prognosi deve essere recapitato o spedito a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro 5 gg. successivi all'inizio della malattia o alla eventuale prosecuzione della stessa. Qualora tale termine scada in giorno festivo esso è prorogato al primo giorno lavorativo successivo.