Istituto di Istruzione Secondaria Superiore

"Alessandro Greppi"

Via dei Mille 27 – 23876 Monticello B.za (LC)
www.issgreppi.gov.it

Monticello B.za,_____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

In servizio presso questo istituto in qualità di :

- Docente :☐ T.I. ☐ T.D. di_____
- A.T.A :☐ Ruolo ☐ Non di ruolo

COMUNICA

alla S.V. l'.assenza per:

☐ MALATTIA di n.° giorni _____ dal _____ __ al _____
a tal fine allega _____

☐ MALATTIA (ai sensi della C.M. 301 del 27.06.1996) di n.° giorni _____ per _____
presso _____ per il giorn___ _____.

In base all'art. 76 del D.P.R. 28.12.200 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia dichiaro sotto la mia personale responsabilità:

a) che è stato possibile prenotare solo in orario antimeridiano in coincidenza con l'orario di lavoro;
b) che non è stato possibile prenotare nel giorno libero e/o in orario pomeridiano;
c) che la prenotazione è prevista per le ore _____ presso _____ che osserva il seguente orario _____.

Il Sottoscritto si impegna a comunicare qualsiasi variazione nella prenotazione.
La Dirigenza si riserva il diritto di chiedere, al richiedente, la certificazione da parte dell'ente che non è stato possibile prenotare al di fuori delle ore di servizio.
Dovrà essere consegnata la certificazione:

1. **del medico o struttura specifica che attesti la giornata di visita o esami, con l'indicazione dell'ora in cui è avvenuta la prestazione;**
2. **del medico o struttura specifica se il dipendente necessita di cura e riposo a seguito delle prestazioni effettuate.**

Il Sottoscritto è a conoscenza dell'art. 17 – Assenze per malattia - del CCNL del 30 novembre 2007.

Firma_____

Recapito durante l'assenza :

via_____
comune di_____prov_____ cap _____ tel._____