

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRENSIVO
CAPRINO VERONESE

**OGGETTO: Comunicazione assenza per malattia - ricovero ospedaliero –
visita specialistica**

..I.. sottoscritt.

in servizio presso

(riportare tipo di scuola e nome scuola)

in qualità di docente CS AA AT

A TEMPO Indeterminato Determinato

ai sensi del CCNL art. 17 per i dipendenti a T.I. e art. 17 e 19 per i dipendenti a T.D.

comunica che sarà assente per malattia

dal al per un totale di gg.

Dichiara che lo stato di malattia:

é stato causato da TERZI (indicare la causale)

non è stato causato da TERZI

é stato causato da INFORTUNIO SUL LAVORO occorso in data.....

non è stato causato da INFORTUNIO SUL LAVORO

Allego:

certificato medico certificato di ricovero ospedaliero

altra documentazione.....

Comunico ai fini di controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al seguente indirizzo:

Via/Piazza n°.....

C.A.P. Città

Tel.

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa di codesta Scuola ai sensi del DLgs. 96/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali», art 13; di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n. 305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari....».

.....

luogo e data

.....

Firma del dipendente

Riservato all'Amministrazione

Note:

.....

luogo e data

.....

Firma del Dirigente