AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: Comunicazione **assenza per malattia**

..l.. sottoscritt. ....

in servizio presso....
(riportare tipo di scuola e nome scuola)

in qualità di Docente A TEMPO |_| Indeterminato (e assimilati) |_| 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../20...
|_| 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 dalle ore 10,00 alle ore 12,00 e dalle ore 17,00 alle ore 19,00 in ciascun giorno dell'assenza anche se domenicale o festivo:

Via/Piazza.....n°.....

C.A.P.....Città.....

Tel.....

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa di codesta Scuola ai sensi del D.Lgs. 196/2003 «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*