

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'I.C. DOZZA IMOLESE CASTEL GUELFO

  L   sottoscritt \_\_\_\_\_  
DOCENTE / ATA presso \_\_\_\_\_

comunica di usufruire della seguente **ASSENZA PER MALATTIA:**

- RETRIBUITA DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ GG. \_\_\_\_\_
- RIDOTTA/NON RETRIBUITA DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ GG. \_\_\_\_\_
- CON RICOVERO OSPEDALIERO  
(anche day hospital) DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ GG. \_\_\_\_\_
- PER GRAVI PATOLOGIE DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ GG. \_\_\_\_\_
- PER INFORTUNIO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ GG. \_\_\_\_\_
- PER VISITA MEDICA prenotata per il giorno \_\_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_  
presso la struttura pubblica/privata/convenzionata di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

che osserva il seguente orario \_\_\_\_\_;

**a tal fine dichiara** (barrare quello che interessa)

- che è stato possibile prenotare solo in orario antimeridiano in coincidenza con le ore di lavoro;
- che non è stato possibile prenotare nel giorno libero e/o in orario pomeridiano;

**e comunica**

- RECAPITO DURANTE L'ASSENZA (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_;
- EVENTUALI SPOSTAMENTI DURANTE L'ASSENZA PER MALATTIA:
  - dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_
  - dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_
- ALTRE COMUNICAZIONI \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare qualsiasi variazione nella prenotazione. Il/la sottoscritto/a PRODUCE/ SI IMPEGNA A PRODURRE la seguente documentazione: Certificato medico - giustificazione per visita; saranno consegnate la certificazione del medico curante che attesti la giornata di cura e di riposo e/o la certificazione della struttura specifica contenente l'indicazione dell'ora in cui è avvenuta la prestazione

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.L.gs 196: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti (Circolare 301/1996 - CCNL 2006-2009 : art. 12 – art 13 comma 9 – art. 17 - art 19 - art.15 comma 1, 2 e 3 – Legge n. 133/2008) ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

data, \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

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.

FIRMA DEL COORDINATORE DI PLESSO \_\_\_\_\_

----- A CURA DELL'UFFICIO -----

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico, visti gli atti d'ufficio, decreta e comunica al dipendente sopramenzionato la collocazione in congedo per malattia a decorrere dalla data sopraindicata per giorni \_\_\_\_\_. Per tale assenza compete:  intera retribuzione o  la retribuzione ridotta.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO