**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**

VIA OSTENO 7

22018 **PORLEZZA** (COMO) - 🕾034461198

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo Statale

di Porlezza;

Oggetto: **Richiesta Assenza per malattia** *(art. 17 CCNL scuola/2007)*

Il/La sottoscritto/a, ,

*(Cognome e nome) (qualifica)*

in servizio presso codesto istituto nel corrente A. S. con contratto a tempo

(*determinato/indeterminato)*

**CHIEDE**

di poter usufruire per il periodo:

**dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ per complessivi n. \_\_\_\_ giorni di:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **malattia** | * visita medica specialistica. | *Il sottoscritto dichiara che tale visita non è effettuabile in orario non coincidente con quello di servizio* |
| * per grave patologia | |
| * infortunio causato da TERZI avvenuto il ……/…..…/………….. | |
| * infortunio sul lavoro avvenuto il ……/…..…/………….. | |
| * **per assenze covid-19 utilizzare il modello specifico** | |

**COMUNICA**

ai fini del controllo della malattia si sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al sotto indicato indirizzo **dalle ore 09.00 alle ore 13.00** e **dalle ore 15.00 alle ore 18.00** in ciascun giorno dell'assenza anche se domenicale o festivo

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C. A. P \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGA**

* certificato medico, per le visite specialistiche;
* per le **gravi patologie**: certificazione ospedaliera che attesti la grave patologia ed il piano/calendario terapeutico complessivo previsto. Oltre a questa documentazione è necessario presentare per ogni giorno di assenza, il certificato del proprio medico curante che attesti ogni volta la grave patologia;
* certificato di ricovero ospedaliero (ricovero, day hospital, ecc.);
* altra documentazione richiesta dalla scuola.

Si ricorda che dall'anno 2011 per le assenze di malattia, il medico curante **è obbligato** ad inviare al datore di lavoro il certificato medico in **via telematica** e pertanto il dipendente non ha più l'obbligo di allegarlo alla richiesta di malattia. Gli stati di malattia non possono essere autocertificati.

*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*

|  |  |
| --- | --- |
| **RISERVATO AL REFERENTE DI PLESSO** | **RISERVATO AL DIRETTORE S. G. A.** |
| **Per il personale docente**  **Visto.**  ……………………………………. | **Per il Personale A. T. A**  **Visto. SI AUTORIZZA**  ………………………………………  Il Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi |

|  |
| --- |
| **ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO**  ……………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Visto. SI AUTORIZZA**  ………………………………….  Il dirigente scolastico |