

Al Dirigente Scolastico
del Circolo Didattico
"San Benedetto"
San Severo

OGGETTO: **COMUNICAZIONE DI ASSENZA PER MALATTIA.**
COMUNICAZIONE DI ASSENZA ORE PER L'ESPLETAMENTO DI VISITE,
TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE OD ESAMI DIAGNOSTICI.
PERSONALE ATA.

__/__/sottoscritt__

☐ DSGA ☐ Assistente Amministrativo ☐ Collaboratore Scolastico

assunto a ☐ tempo indeterminato ☐ tempo determinato

in servizio presso codesto Istituto, nel Plesso _____

COMUNICA

☐ che sarà assente per **malattia** per giorni _____ dal _____ al _____.

Comunicherà ☐ numero di protocollo del medico curante

Consegnerà: ☐ certificato di ricovero ospedaliero

☐ che sarà assente per **l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici** per **permesso di ore** _____ (max 18 ore per a. s.) il giorno _____
(art.33 CCNL/2018);

Consegnerà: ☐ attestazione di avvenuta prestazione

Comunica ai fini del controllo della malattia tramite visita fiscale, che durante il periodo dell'assenza sarà **reperibile** al seguente indirizzo:

Via/P.zza _____ n. _____ Tel. _____

CAP _____ Città _____ ASL di competenza _____

San Severo, _____

FIRMA
