ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE " Gorni"
Via Allende n. 7 – Tel. 0376–618926 Fax. 0376-626175
QUISTELLO (MN)
e-mail: mnic821001@istruzione.it
posta elettronica certificata: mnic821001@pec.istruzione.it
sito scuola: http://www.icquistello.gov.it

ASSENZA PER MALATTIA – ART. 17 e 19 CCNL del 29-11-2007 - ATA

Al Dirigente Scolastico

IL /LA SOTTOSCRITT__ _____

NAT___ A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N.____

in qualità di A. T.A. profilo |__| Collaboratore Scolastico |__| ti |__| td
|__| Assistente Amministrativo |__| ti |__| td
|__| Direttore Serv.Gen.Amministrativi |__| ti |__| td

in servizio, nel corrente **a.s. 20 / 20** , presso la SCUOLA

|__|INFANZIA |__| PRIMARIA |__| SECONDARIA 1 ° sede di _____

C O M U N I C A

che sarà assente per malattia dal giorno _____ al giorno _____

Il /La Sottoscritt __ comunica che ai fini del controllo della malattia durante il periodo dell'assenza dal servizio sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via _____ n._____ telefono _____

cap_____ città _____provincia _____

e si impegna a dare immediata comunicazione dell'eventuale variazione della stessa e della fascia oraria di reperibilità ai sensi dell'art. 17 comma 16 del CCNL 2006 / 2009.

EVENTUALE fascia di reperibilità per il giorno_____ motivo: _____
- dalle ore _____ alle ore_____; dalle ore _____ alle ore _____.

Il /La Sottoscritt __ dichiara altresì, sotto la sua personale responsabilità, che:

1 la malattia non è ascrivibile alla responsabilità di terzi;
1 la malattia è ascrivibile alla responsabilità di _____ a seguito di _____ la compagnia assicurativa del responsabile è _____ _____ con sede a _____ prov._____
Via /Piazza _____ n._____ telefono _____.

Alla presente si allega:
1 certificato medico;
1 certificato di ricovero ospedaliero;
1 certificato di visita specialistica;
1 _____;

FIRMA

Data _____ _____

MOD. 03_ATA