Al Dirigente dell'Istituto Comprensivo e Superiore di
Scuola dell'Infanzia, Primaria,
Secondaria di Primo e di Secondo Grado
Vilminore di Scalve

OGGETTO: COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA art. 17e19 C.C.N.L. 2007.

_l_ sottoscritt_ _____

☐ Insegnante
☐ Direttore S.G.A.
☐ Ass. amministrativo
☐ Collaboratore scolastico

Assunt_ con contratto a tempo
☐ Determinato
☐ Indeterminato

In servizio presso:
☐ Scuola dell'infanzia
☐ Scuola primaria
☐ Scuola secondaria 1^grado
☐ Scuola secondaria 2^grado
☐ Ufficio segreteria
Sede di _____

COMUNICA

di assentarsi dal servizio per motivi di salute dal _____ al _____ compresi.

In riferimento allo stesso, il sottoscritto

DICHIARA:

☐ che l'assenza è dovuta ad infortunio causato da terzi responsabili.
☐ che l'assenza non è dovuta ad infortunio causato da terzi responsabili.

Al fine di consentire all'Amministrazione di esercitare il diritto di rivalsa per ottenere il risarcimento del danno emergente subito, il sottoscritto_____ si impegna a fornire alla scuola, entro 30gg dalla data odierna, ogni informazione utile circa le circostanze e la dinamica dell'evento, il nominativo del responsabile e dell'assicurazione vincolata in via solidale con lo stesso.

Allega:
☐ Certificato medico;
☐ Certificato ricovero ospedaliero;
☐ Altro _____.

Comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo (da compilare solo se diverso dall'abituale domicilio)

Via _____ N. _____

Cap. _____ Città _____(_____)

Tel. _____ cell. _____

_____ (Data e luogo)

_____ (firma)