



**Istituto di Istruzione Secondaria Superiore
"Alessandro Greppi"**

Via dei Mille 27 – 23876 Monticello B.za (LC)
www.istitutogreppi.edu.it

Monticello B.za, _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

In servizio presso questo istituto in qualità di :

- Docente : T.I. T.D. di _____
- A.T.A. : Ruolo Non di ruolo

COMUNICA

alla S.V. l'assenza per:

- MALATTIA di n.° giorni _____ dal _____ al _____
a tal fine allega _____
- MALATTIA (ai sensi della C.M. 301 del 27.06.1996) di n.° giorni _____ per _____
presso _____ per il giorn_____.

In base all'art. 76 del D.P.R. 28.12.200 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia dichiaro sotto la mia personale responsabilità:

- a) che è stato possibile prenotare solo in orario antimeridiano in coincidenza con l'orario di lavoro;**
- b) che non è stato possibile prenotare nel giorno libero e/o in orario pomeridiano;**
- c) che la prenotazione è prevista per le ore _____ presso _____ che osserva il seguente orario _____.**

Il Sottoscritto si impegna a comunicare qualsiasi variazione nella prenotazione.

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.

Dovrà essere consegnata la certificazione:

- 1. del medico o struttura specifica che attesti la giornata di visita o esami, con l'indicazione dell'ora in cui è avvenuta la prestazione;**
- 2. del medico o struttura specifica se il dipendente necessita di cura e riposo a seguito delle prestazioni effettuate.**

Il Sottoscritto è a conoscenza dell'art. 17 – Assenze per malattia - del CCNL del 30 novembre 2007.

Firma _____

Recapito durante l'assenza :

via _____
comune di _____ prov _____ cap _____ tel. _____