

# ASSENZA PER “MALATTIA”

Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo di  
98068 SAN PIERO PATTI

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_, in servizio presso questa  
Scuola, con la qualifica di \_\_\_\_\_

Contratto a tempo indeterminato

Con contratto a tempo determinato stipulato con la S.V. sino al termine delle attività  
didattiche o dell'anno scolastico

Con contratto a tempo determinato stipulato con la S.V. per supplenza temporanea

## COMUNICA

Di assentarsi per malattia, per n. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) giorn \_\_\_\_\_,

Ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/09

Ai sensi dell'art. 19 comma 3 del C.C.N.L. 2006/09

Ai sensi dell'art. 19 comma 10 C.C.N.L. 2006/09

Dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ed allega certificato medico rilasciato in data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
dal Dott. \_\_\_\_\_.

Dichiara che durante la malattia sarà reperibile al seguente numero telefonico

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Sito in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ e che la A.S.L.  
competente per il territorio è la N \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_.

Dichiara di essere a conoscenza dell'obbligo di dimora nel domicilio sopra indicato, in tutti i giorni della  
malattia dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,00 alle ore 18,00.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma

**Visto, si concede, Il CAPO D'ISTITUTO \_\_\_\_\_**

### Informativa ai sensi dell'art.13 del decreto legislativo 196/2003

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ ai sensi dell'art.13 è consapevole che i dati esposti nella  
presente istanza e nei suoi allegati verranno trattati dall'Istituto Comprensivo di San Piero Patti con sistema informatico  
e cartaceo ai fini istituzionali e che potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003. Si autorizza, altresì  
l'invio dei suddetti dati ad altre amministrazioni pubbliche, sempre ai fini istituzionali, secondo quanto previsto dalle  
normative vigenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_