

ASSENZA PER MALATTIA

Art. 17 CCNL 2006/09

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

Il/La sottoscritt _____ in servizio presso questo Istituto Comprensivo / Sezione staccata di _____ in qualità di _____ a tempo determinato/indeterminato, ai sensi dell'art.17 del vigente CCNL, comunica la propria

ASSENZA PER MALATTIA

Per n. _____ giorn _____, dal _____ al _____ per VISITA SPECIALISTICA e, a tal fine,

allega il prescritto certificato medico.

Durante l'assenza ___l___ sottoscritt___ sarà reperibile al seguente

indirizzo _____

___l___ sottoscritt___,

al suo primo anno di servizio
in servizio da oltre un anno
a tempo indeterminato

dichiara di aver fruito delle seguenti assenze per malattia

NEL CORRENTE ANNO SCOLASTICO	NELL'ULTIMO TRIENNIO
DAL _____ al _____	DAL _____ al _____
DAL _____ al _____	DAL _____ al _____
DAL _____ al _____	DAL _____ al _____
DAL _____ al _____	DAL _____ al _____
DAL _____ al _____	DAL _____ al _____
DAL _____ al _____	DAL _____ al _____
DAL _____ al _____	DAL _____ al _____

_____ 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 _____