AL DIRIGENTE SCOLASTICO

……

OGGETTO: Comunicazione **assenza per malattia**

..l.. sottoscritt. ……,……

in servizio presso ……,……...
(riportare tipo di scuola e nome scuola)

in qualità di |_| Ata A TEMPO |_| Indeterminato (e assimilati) |_| Determinato

comunica che sarà assente per malattia

dal ……. al ……. per un totale di gg. …….

Allega: |_| certificato medico
|_| certificato di ricovero ospedaliero
|_| altra documentazione……

comunica, ai fini di controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al seguente indirizzo nelle fasce orarie obbligatorie in ciascun giorno dell'assenza anche se domenicale o festivo:

Via/Piazza …….. n°. …….

C.A.P. …….. Città ……..……

Tel. ……..……..

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa di codesta Scuola ai sensi del D.Lgs. 196/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali», art. 13; di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n.305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari….».

…… ……
luogo e data *Firma*

Riservato all'Amministrazione

Note: ……firma resp pratica

……

…… ……
luogo e data *Firma del Dirigente*