

.....

OGGETTO: Comunicazione assenza per malattia

..l.. sottoscritt.,.....

in servizio presso
(riportare tipo di scuola e nome scuola)

in qualità di Docente A TEMPO Indeterminato (e assimilati) Determinato
ai sensi del CCNL art. 17 per i dipendenti a T.I. e artt. 17 e 19 per i dipendenti a T.D.

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 neòlle ore previste dalla normativa vigente 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

Il dipendente ha usufruito già di ngiorni per malattia

Note:firma ass. resp pratica -----

.....
luogo e data Firma del Dirigente