

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 art. 17 e 19 per i dipendenti a T.D.

**comunica che sarà assente per malattia**

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

**Dichiara che lo stato di malattia:**

é stato causato da TERZI (indicare la causale).....

non è stato causato da TERZI

é stato causato da INFORTUNIO SUL LAVORO occorso in data //20...

non è stato causato da INFORTUNIO SUL LAVORO

**Allego:**

certificato medico  certificato di ricovero ospedaliero

altra documentazione....

**Comunico** ai fini di controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al seguente indirizzo nelle fasce orarie previste dalla legge 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 del dipendente

Riservato all'Amministrazione

Note: .....firma ass amministrativo resp pratica

.....

.....  
luogo e data

.....  
Firma del Dirigente