COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Oggetto: ***assenza per malattia***

Il/la sottoscritto/a _____, in servizio presso codesto Istituto in qualità di ❑docente ❑personale ATA con contratto a tempo ❑determinato ❑indeterminato,

comunica

ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2007 di assentarsi dal servizio per malattia dal __ / __ / _____

al __ / __ / _____ compresi. A tal fine dichiara che durante il periodo di malattia è domiciliato

❑ presso la residenza;

❑ altro recapito (specificare): _____

e di essere consapevole che, qualora debba allontanarsi dall'indirizzo comunicato durante le fasce di reperibilità per effettuare visite mediche, prestazioni o accertamenti specialistici o per altri motivi giustificati e documentabili, è tenuto a darne **preventiva** comunicazione all'Istituto.

La certificazione medica (con la sola prognosi)i: ❑ E' stata inviata telematicamente dal medico
❑ E' allegata alla presente comunicazione
❑ Verrà fatta pervenire al più presto all'Istituto

In riferimento a quanto disposto dall'art.17 c.17 del CCNL 2007, il sottoscritto dichiara che l'assenza

❑ NON è dovuta ad infortunio causato da terzi responsabili

❑ è dovuta ad infortunio causato da terzi responsabili, *e pertanto, al fine di consentire all'Amministrazione di esercitare il diritto di rivalsa per ottenere il risarcimento del danno emergente subito, il sottoscritto si impegna a fornire alla scuola, entro 30 gg. dalla data odierna, ogni informazione utile circa le circostanze e la dinamica dell'evento, il nominativo del responsabile e dell'assicurazione vincolata in via solidale con lo stesso; si allega fin d'ora (*)* _____
_____

Il sottoscritto dichiara inoltre che si tratta di assenza per malattia di tipologia:

❑ normale assenza per malattia;

❑ visita o esame diagnostico tale da compromettere la capacità lavorativa del dipendente, presso la struttura: _____;

❑ "infortunio sul lavoro" o "a causa di servizio";

❑ "ricovero ospedaliero" o "day hospital";

❑ "patologia grave che richiede terapia salvavita"*(**)*;

❑ "terapie temporaneamente e/o parzialmente invalidanti legate a gravi patologie"*(**)*

e allega (qualora non già inviata telematicamente dal medico) la seguente documentazione:

_____

Data, __/__/_____ Firma dipendente o registrazione fonogramma***: _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Prot. n. _____ *del* __ / __ /____ *(pervenuta a mezzo* _____*)****

La comunicazione risulta ❑completa ❑incompleta/inadeguata: _____

L'Ass. Amm. addetto: _____

***In caso di primo invio a fonogramma: *Firma conferma dipendente:* _____ *data,* __/__/_____

(*) Potrà, ad esempio, essere allegata copia del modulo di constatazione amichevole del sinistro o copia del verbale redatto dalle Autorità.

(**) Si precisa che l'attestazione che terapie o altro siano da inquadrarsi nelle fattispecie citate è di competenza del medico: per l'Amministrazione l'importante è il certificato di medico del S.S.N. con le dizioni sopra riportate nel virgolettato.