

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.S.I.S.S. "G. Maironi da Ponte"
PRESEZZO

OGGETTO: Assenza per malattia (Art. 17 C.C.N.L.)

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di _____

Tempo Indeterminato Tempo Determinato Supplenza Breve

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. richiamato; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere impossibilitato a prestare servizio per visite specialistiche/esami diagnostici da effettuarsi

il giorno _____ con appuntamento alle ore _____

presso la struttura _____ di _____

Durante il suddetto periodo il recapito (1) sarà il seguente:

città _____ via _____ tel. _____

Si allegnerà:

Certificazione medica

Certificazione di ricovero ospedaliero

Presezzo, _____ Firma _____

(1) Il dipendente deve indicare nella domanda la dimora che ha durante il periodo di assenza; eventuali variazioni devono essere tempestivamente comunicate all'amministrazione (art. 17 comma 13 del CCNL)