**Istituto d’istruzione superiore “Morelli-Colao”**

VIA XXV APRILE 1,89900 **VIBO VALENTIA** (VV) – TEL. 0963376739 EMAIL: vvis00700g@istruzione.it

 Al DirigenteScolastico

 IIS “Morelli-Colao”

 Vibo Valentia

Oggetto: **Richiesta assenza per malattia** *(art.17 CCNL scuola/2007)*

\_L \_sottoscritt\_ .............................................................................. .....................................................

 cognome e nome qualifica

in servizio presso codesto istituto nel corrente A. S. con contratto a tempo .......................................

 indeterminato/determinato

**CHIEDE**

di poter usufruire per il periodo:

**dal…………………………….. al …………………………….. per complessivi n° ….. giorni di:**

 visita medica specialistica. Il sottoscritto dichiara che tale visita

 non è effettuabile in orario coincidente con quello di servizio

 per grave patologi

 **malattia**

 infortunio causato da TERZI avvenuto il …………………..

 infortunio sul lavoro avvenuto il ……………………………

**COMUNICA**

Ai fini del controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al sotto indicato indirizzo **dalle ore 09,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,00 alle ore 18,00** in ciascun giorno dell’assenza anche se domenica o festivo.

Via/Piazza ………………………………………………………………...................n°……………...

C.A.P. ………………………. Comune………………………………………… Prov………………

Recapiti telefonici……………………………………………………………………………………...

**ALLEGA**

Certificato medico,per le visite specialistiche;

per le **gravi patologie**: certificazione ospedaliera che attesti la grave patologia ed il piano/calendario terapeutico complessivo previsto.

Oltre a questa documentazione è necessario presentare per ogni giorno di assenza, il certificato del proprio medico curante che attesti ogni volta la grave patologia;

certificato di ricovero ospedaliero (ricovero, day hospital, ecc.);

altra documentazione richiesta dalla scuola.

Si ricorda che dall’anno 2011 per le assenze per malattia, il medito curante **è obbligato** ad inviare al datore di lavoro il certificato medico in **via telematica** e pertanto il dipendente non ha più l’obbligo di allegarlo alla richiesta di malattia. Gli stati di malattia non possono essere autocertificati.

*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 ALLA SEGRETERIA DELLA SCUOLA**

 **Per il personale A.T.A. Visto**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

l’assistente amm.vo addetto al ricevimento/controllo Il Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi

**ANNOTAZIONI DEL DIRIGENTE SCOLASTICO Visto. Si autorizza**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Il Dirigente Scolastico**