

ASSENZA PER MALATTIA

<input type="checkbox"/> Comunicazione fonogramma	<input type="checkbox"/> Comunicazione Formale
Il presente fonogramma è ricevuto da:	Presentata da:
Il giorno alle ore..... <i>Firma del personale amministrativo che riceve il fonogramma</i>	il giorno alle ore..... <i>Firma del personale amm.vo che riceve la comunicazione</i>
.....

Il dipendente

Con residenza / recapito

In servizio presso questa Istituzione Scolastica con qualifica di:

COMUNICA

Di assentarsi dal servizio per MALATTIA come previsto dagli Art. 17 – 20 CCNL Scuola, a partire

da oggi e presumibilmente fino al riservandosi di comunicare tempestivamente il numero preciso di giorni, non appena il medico determinerà la prognosi.

dal al gg. n°
come da certificazione medica in proprio possesso.

Comunica inoltre che tale assenza è riconducibile ai seguenti motivi e, la relativa documentazione:

è già stata consegnata all' Amministrazione verrà tempestivamente consegnata

Infortunio sul lavoro **(1) (2)**

Ricovero ospedaliero **(1)**

Ricovero Day hospital **(1)**

Periodo post ricovero **(1)**

Patologie gravi che richiedono terapie salvavita **(1) (2)**

Malattia per la quale è stata riconosciuta causa di servizio **(1) (2)**

Stati patologici connessi a invalidità riconosciuta **(2)**

Grave patologia che richiede terapie temporaneamente e/o parzialmente invalidanti (Art. 17 c. 9 CCNL Scuola) **(3)**

Infermità causata da colpa di terzi (Art. 17 c. 17 CCNL Scuola) **(4)**

(1) *Non si applicano le decurtazioni economiche previste dall'Art. 71 D.L. 112 del 25/06/2008 convertito in Legge n.133 del 6/08/2008*

(2) *Il dipendente non è obbligato a rispettare le fasce orarie di reperibilità previste dal Decr. Funz. Pubblica 206/2009. L'Amm.ne non è esonerata dall'obbligo di disporre la visita fiscale.*

(3) *sono esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia, di cui ai commi 1 e 8 del presente articolo, oltre ai giorni di ricovero ospedaliero o di day hospital anche quelli di assenza dovuti alle conseguenze certificate delle terapie.*

(4) *Nel caso in cui l'infermità sia causata da colpa di un terzo, il risarcimento del danno da mancato guadagno effettivamente liquidato da parte del terzo responsabile - qualora comprensivo anche della normale retribuzione - è versato dal dipendente all'amministrazione fino a concorrenza di quanto dalla stessa erogato durante il periodo di assenza ai sensi del comma 8, lettere a), b) e c), compresi gli oneri riflessi inerenti. La presente disposizione non pregiudica l'esercizio, da parte dell'amministrazione, di eventuali azioni dirette nei confronti del terzo responsabile.*

Comunica inoltre di non poter assicurare la propria reperibilità nei giorni

..... dalle ore alle ore

per i seguenti motivi

Per conferma / A titolo di formale richiesta

Data.....

Firma del dipendente.....

SPAZIO RISERVATO ALLA SCUOLA

Si dispone la visita fiscale [SI] [NO]

Si dispone la sostituzione mediante:

Docenti:

Utilizzo delle ore a disposizione Riorganizzazione del servizio Ore eccedenti sost. doc. assenti

Supplenza breve e saltuaria

A.T.A.:

Riorganizzazione del servizio Attività intensiva del pers. in serv. Attività aggiuntiva

Supplenza breve e saltuaria

IL DIRIGENTE SCOLASTICO