

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO  
VIA VITTORIO VENETO, 29

24016 SAN PELLEGRINO TERME

Oggetto: **ASSENZA PER MALATTIA (ART. 17 E 19 CCNL 29/11/07)**

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_  
nat \_\_ a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
in servizio presso codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_  
(indicare la qualifica)  
Tipo scuola \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
(infanzia/primaria/secondaria 1° grado) (sede)  
con contratto a tempo \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_  
(determinato/Indeterminato)

## C O M U N I C A

di usufruire di assenza per:  **malattia**  **visita specialistica**

per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per complessivi giorni: \_\_\_\_\_

Allega i seguenti documenti:

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara, ai fini del controllo medico legale, di trovarsi durante la malattia al seguente domicilio:(solo se diverso dalla residenza)

Via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)Telefono \_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_

San Pellegrino Terme, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma)

### ART. 17-19 CCNL 29/11/2007

L'assenza per malattia, salva l'ipotesi di comprovato impedimento, deve essere comunicata all'istituto scolastico o educativo in cui il dipendente presta servizio, tempestivamente e comunque non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui essa si verifica, anche nel caso di eventuale prosecuzione di tale assenza.