

Al Dirigente Scolastico  
del Circolo Didattico  
"San Benedetto"  
San Severo

OGGETTO: **COMUNICAZIONE DI ASSENZA PER MALATTIA.  
COMUNICAZIONE DI ASSENZA ORE PER L'ESPLETAMENTO DI VISITE,  
TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE OD ESAMI DIAGNOSTICI.  
PERSONALE ATA.**

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_

DSGA                       Assistente Amministrativo                       Collaboratore Scolastico

assunto a     tempo indeterminato     tempo determinato

in servizio presso codesto Istituto, nel Plesso \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

che sarà assente per **malattia** per giorni \_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Comunicherà     numero di protocollo del medico curante

Consegnerà:     certificato di ricovero ospedaliero

che sarà assente per **l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici per permesso di ore** \_\_\_\_ (max 18 ore per a. s.) il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ (art.33 CCNL/2018);

Consegnerà:     attestazione di avvenuta prestazione

Comunica ai fini del controllo della malattia tramite visita fiscale, che durante il periodo dell'assenza sarà **reperibile** al seguente indirizzo:

Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ ASL di competenza \_\_\_\_\_

San Severo, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_