

Prot.n. \_\_\_\_\_

All'Istituto Comprensivo “----”

Del \_\_\_\_\_

Ancona

Oggetto: Comunicazione assenza per **malattia**.

I sottoscritt \_\_\_\_\_

in servizio presso codesto istituto nella scuola \_\_\_\_\_  
(riportare denominazione plesso)

in qualità di  Docente  ATA con contratto

- a tempo indeterminato  Titolare  
 Assegnazione provvisoria/utilizzazione/L.100
- a tempo determinato  Annuale fino al 31/8  
 Annuale fino al 30/6  
 Su posto vacante fino avente diritto  
 Per supplenza breve e saltuaria

ai sensi del CCNL 29/11/2007 art. 17 per i dipendenti a T.I. e art. 17 e 19 per i dipendenti a T.D.

### **comunica che sarà assente**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di gg \_\_\_\_\_

#### per uno dei seguenti motivi

- Malattia  Accertamenti diagnostici/Visita Specialistica  
 Day Hospital  Ricovero ospedaliero

Si produrrà apposita certificazione.

**Comunica che**, ai fini del controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, durante l'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

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

Città \_\_\_\_\_ Rec.Tel. \_\_\_\_\_

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa di codesto Istituto, (pubblicata anche sul sito web dell'Istituto) 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 \_\_\_\_\_ Il dipendente \_\_\_\_\_

-----  
**Riservato all'Amministrazione**

**Note:** \_\_\_\_\_

Ancona, \_\_\_\_\_

**Il Dirigente Scolastico**