

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

Del \_\_\_\_\_

All'Istituto Comprensivo "----"

Ancona

Oggetto: Comunicazione assenza per malattia.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 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*