

Prot.n. _____

All'Istituto Comprensivo “----”

Del _____

Ancona

Oggetto: Comunicazione assenza per **malattia causata da infortunio**.

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
- 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 per malattia a causa di infortunio

dal _____ al _____ per un totale di gg _____

in riferimento a tale assenza DICHIARA che

l'infortunio è stato causato da **TERZI** (indicare causale e dati identificativi del soggetto terzo):

l'infortunio è avvenuto sul **LAVORO** in data _____

Si allega:

Certificazione medica e/o ospedaliera Altra documentazione (specificare quale)

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