

Prot.n. _____

Del _____

All'Istituto Comprensivo "----"

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☐ 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 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