



Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ in servizio presso questo istituto in qualità di

_____ con contratto a tempo **indeterminato** **determinato**,

COMUNICA

che sarà **ASSENTE PER MALATTIA** dal _____ al _____, per gg. _____

Allega:

- certificato medico prot. N. _____ rilasciato dal Dott. _____ il _____
- certificato prescrizione visita medica
- certificato di ricovero ospedaliero
- dichiarazione personale

Ai fini dell'eventuale visita medica di controllo, Il/la sottoscritto/a dichiara che la A.S.L. di competenza è la n. _____ di _____ e che sarà presente al sotto indicato indirizzo :

- nelle fasce orarie dalle ore 09:00 alle ore 13:00 e dalle ore 15:00 alle ore 18:00;
 - nelle fasce orarie : dalle ore _____ alle ore _____ e dalle ore _____ alle ore _____
- per i motivi di cui all'unita documentazione / autocertificazione.

Durante il predetto periodo di assenza per malattia il/la sottoscritto/a risiederà in _____

Via _____ , telefono _____

(località)

(data)

f.to _____

L'assenza, salvo comprovato impedimento, deve essere comunicata all'istituto scolastico di servizio tempestivamente e comunque non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui essa si verifica. La domanda, documentata, deve essere recapitata o spedita a mezzo raccomandata A/R entro i 5 giorni successivi dall'inizio della malattia o della eventuale prosecuzione. Qualora il quinto giorno cada in giorno festivo, il termine è prorogato al primo giorno lavorativo successivo.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ART. 2 LEGGE 4.1.68 N. 15

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

1. di necessitare di :

- VISITA SPECIALISTICA
- PRESTAZIONE SPECIALISTICA
- ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO

presso la Struttura Sanitaria _____

di _____

2. che la Struttura Sanitaria non può fissare l'appuntamento al di fuori dell'orario di servizio del sottoscritto

3. che l'appuntamento è stato fissato per il giorno _____ alle ore _____

(località)

(data)

IL DICHIARANTE
