

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO DI SONDALO

Oggetto: comunicazione assenza per malattia (art. 17 o 19 CCNL 29.11.2007)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

in servizio presso codesto Istituto in qualità di

**Docente**     Scuola dell'infanzia     Scuola primaria     Scuola Media

**ATA**     Direttore SGA     Assistente Amministrativo     Collaboratore scolastico

assunto/a con contratto a  tempo determinato     tempo indeterminato

**COMUNICA**

di assentarsi per malattia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi giorni \_\_\_\_\_

Allega alla presente     Si riserva di allegare

certificato medico rilasciato in data \_\_\_\_\_

certificato di ricovero ospedaliero

certificato di dimissioni

certificato di visita specialistica

Il/la sottoscritto/a fa presente che durante l'assenza per malattia sarà domiciliato in  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni di indirizzo.

\_\_\_\_\_  
(data del 1° giorno di assenza)

\_\_\_\_\_  
Firma

N.B.: L'assenza per malattia, salvo l'ipotesi di comprovato impedimento, deve essere comunicata all'Istituto Scolastico tempestivamente e comunque non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui essa si verifica, anche nel caso di eventuale prosecuzione dell'assenza.

Il dipendente, salvo comprovato impedimento, è tenuto a recapitare o spedire a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento il certificato medico di giustificazione dell'assenza con indicazione della sola prognosi entro i 5 giorni successivi all'inizio della malattia o alla eventuale prosecuzione della stessa. Qualora tale termine scada in giorno festivo esso è prorogato al primo giorno lavorativo successivo.