

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto  
Comprensivo di Luzzara

**Oggetto: Comunicazione assenza per malattia (ai sensi degli artt. 17 e 19 del  
CCNL del 29/11/2007)**

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_

nat\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

in servizio presso l'Istituto Comprensivo di Luzzara

Scuola dell'Infanzia, plesso di \_\_\_\_\_

Scuola Primaria, plesso di \_\_\_\_\_

Scuola Secondaria di I grado

in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto a tempo \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

Ai sensi degli artt. 17 e 19 del CCNL del 29/11/2007 che sarà assente per malattia dal  
\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di gg. \_\_\_\_\_

Dichiara che lo stato di malattia:

è stato causato /non è stato causato da TERZI

(indicare la causale) \_\_\_\_\_

è stato causato/non è stato causato da INFORTUNIO sul lavoro occorso in data

\_\_\_\_\_

Comunica che il numero di protocollo del certificato medico è il seguente:

\_\_\_\_\_

Allega:

( \_\_\_ ) Certificato di ricovero ospedaliero

( \_\_\_ ) Altra documentazione

Comunica ai fini del controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di  
essere reperibile al proprio indirizzo di residenza ovvero al sottoindicato indirizzo:

(Nominativo indicato presso l'abitazione se diverso dal proprio) \_\_\_\_\_

Via/ P.zza o Frazione \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 18.00 in ciascun giorno dell'assenza anche se  
domenicale o festivo.

Luzzara, li \_\_\_\_\_

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_

Con riferimento al "Codice in materia di protezione dei dati personali" di cui al D. Lgs  
30/06/03 n. 196

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt\_\_\_ autorizza l'Amministrazione Scolastica ad utilizzare i propri dati  
personali solo ai fini istituzionali e per l'espletamento delle procedure previste dalla  
vigente normativa.

Firma del dipendente

\_\_\_\_\_