

Oggetto: comunicazione assenza per malattia/visita specialistica/day hospital/ricovero ospedaliero

___l___ sottoscritto/a _____

- in servizio presso questo istituto comprensivo
- in qualità di: [] Docente [] DSGA [] Assistente Amministrativo [] Collaboratore Scolastico
- con contratto a TEMPO [] Indeterminato [] Determinato

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modifiche e integrazioni, sotto la propria responsabilità,

COMUNICA

- la propria assenza per **MALATTIA**
dal _____ al _____ per complessivi giorni _____
 - indicare il numero del protocollo del certificato medico _____

- la propria assenza per **RICOVERO OSPEDALIERO**
- la propria assenza per **VISITA SPECIALISTICA**
- la propria assenza per **DAY HOSPITAL**
 - il/dal giorno _____ al giorno _____ per complessivi giorni _____
 - presso la struttura: [] pubblica [] privata _____

(specificare il nome e indirizzo)
 - orario previsto: _____ (specificare)
 - turno di servizio dalle ore _____ alle ore _____

L'attestazione di avvenuta prestazione, emessa dalla struttura sanitaria completa dell'indicazione dell'ora in cui essa è stata erogata, dovrà essere inserita nella stessa istanza di sportello digitale aperta per la richiesta o in alternativa inoltrarla alla e-mail istituzionale RMIC877001@istruzione.it

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Europeo 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma

Luogo e data _____

Visto
[] SI AUTORIZZA [] NON SI AUTORIZZA

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Marisa Marchizza