

Plesso.....
Classe
Turno.....

Al Dirigente Scolastico I.C. Via N. M. Nicolai- Roma

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio con contratto a tempo determinato/indeterminato presso questo Istituto, comunica la propria assenza per gg. _____ dal _____ al _____ per:

accertamenti diagnostici;

La struttura sanitaria (pubblica e/o privata) scelta è _____ appuntamento ore _____

Pertanto chiede di poter usufruire di:

- Day Hospital;
- Ricovero ospedaliero;
- Infortunio;
- malattia: numero protocollo certificato telematico senza
- visita specialistica;
- permesso retribuito per motivi personali (art. 15 CCNL);
- aspettativa per motivi personali/familiari (art. 18 CCNL) – senza retribuzione;
- concorsi; esami; corso di formazione e aggiornamento partecipazione convegno
- lutto;
- permessi studio;
- interdizione complicanze gestazione; astensione obbligatoria; astensione obbligatoria per puerperio; recupero gestazione;
- congedo parentale : 100% (entro il 6 anno) - al 30%: (entro il 6 anno)- (da 6 – 8 anni) solo per reddito inferiore a 2,5 volte l'importo minimo di pensione; senza retribuzione (da 8 – 12 anni)
- congedo parentale malattia bimbo 1° anno - 2° anno - 3° anno
- matrimonio;
- permesso donazione sangue;
- legge 104;
- congedo permesso straordinario L. 104

ALLEGA

Per prestazione presso strutture pubbliche:

- certificazione della struttura sanitaria pubblica, attestante giorno e ora in cui è stata effettuata la prestazione;
- certificato medico di base;
- certificato del pronto soccorso o del medico di base per infortunio;

Per prestazione presso strutture private:

- certificazione del medico o della struttura specialistica privata attestante l'effettuazione della prestazione comprensiva di data e ora (dalla 3° visita privata la certificazione deve essere accompagnata dal certificato medico telematico).

Roma, li _____

Firma _____

SI AUTORIZZA: IL DIRIGENTE SCOLASTICO DOTT.SSA GABRIELLA ROMANO