

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 _____;
- visita specialistica;
- permesso retribuito per motivi personali (art. 15 CCNL) con motivazione in autocertificazione _____;
- aspettativa per motivi personali/familiari (art. 18 CCNL) – senza retribuzione;
- concorsi;
- esami;
- lutto;
- permessi studio;
- interdizione complicanze gestazione; astensione obbligatoria; astensione obbligatoria per puerperio; recupero gestazione; astensione facoltativa (allego dichiarazione):
 100% - al 30%;
- congedo parentale malattia bimbo 1° anno - 2° anno - 3° anno - 3/8 anni senza retribuzione;
- matrimonio;
- permesso donazione sangue;
- legge 104;
- congedo straordinario legge 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.

Firmando il presente modulo si attesta che, nei casi previsti dalla normativa, la richiesta è stata già accordata dalla Dirigente Scolastica.

Roma, li _____

Firma _____