

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"LAZZARO SPALLANZANI" DI SCANDIANO

OGGETTO: Comunicazione assenza per MALATTIA.

__l__ sottoscritt__ _____
nat__ a _____ il _____
in servizio presso codesto Istituto Comprensivo in qualità di
_____ a tempo **INDETERMINATO / DETERMINATO**

C O M U N I C A

ai sensi delle vigenti disposizioni in materia, che sarà assente dal servizio per **MALATTIA** dal
_____ al _____ gg. _____.

Dichiara che lo stato di malattia:

- è stato causato da terzi _____
non è stato causato da terzi (in caso affermativo indicare la causale)
- è stato causato da infortunio sul lavoro occorso in data _____
non è stato causato da infortunio sul lavoro (cancellare le voci che non interessano)

Allega alla presente:

- certificato del medico curante
- _____

Ai fini del controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge dichiara di essere reperibile :

- all'indirizzo già comunicato in segreteria
- ad altro indirizzo: _____

negli orari previsti per la visita di controllo (**tutti i giorni, compresi i festivi, dalle ore 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 18.00**).

__l__ sottoscritt__ autorizza l'Amministrazione scolastica, con riferimento al "*Codice in materia di protezione dei dati personali*", di cui al Decreto legislativo 30/06/2003 n. 196, ad utilizzare i dati personali forniti dal richiedente solo ai fini istituzionali e per l'espletamento delle procedure previste dal presente decreto.

Scandiano, _____

(firma)