

ISTITUTO COMPRENSIVO VALLE STURAScuola Infanzia, Primaria e Secondaria I°
MASONE (GE)

data _____

prot. n° _____ /FP

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
dell' Istituto Comprensivo Valle Stura
MASONE (GE)

_____, in servizio presso questo Istituto
in qualità di Collaboratore Scolastico / Assistente Amministrativo / Direttore S.G.A. / Docente
di Scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria I° a Tempo Indeterminato / Determinato

C H I E D E

giorni _____ dal _____ al _____ di:

ASSENZA PER MALATTIA**PERMESSO RETRIBUITO** per motivi (1)**ALTRO** (previsto dalla normativa vigente)

Nel caso in cui debba essere sottoposto/a a visita medico-fiscale, dichiara di risiedere, nel periodo suddetto, al
seguito indirizzo: (solo se diverso dall'attuale residenza) _____ e che la
A.S.L. di appartenenza è la seguente: n. _____ di _____

Allega / Si riserva di allegare: certificato medico / documentazione _____

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445 del 28.12.2000: (2)

Il/la sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false.

Data, _____

Firma _____

(1) Specificare se motivi personali, familiari o altro (studio, lutto, matrimonio, ecc.)

In caso di motivi personali o familiari, indicarli in dettaglio (es.: visita medica, assistenza figlio malato, ecc.)

(2) esempi di autocertificazione: che è nato a il residente in , unito al/alla sottoscritto/a dal seguente
rapporto di parentela..... , a) è ricoverato presso l'ospedale di e necessita di assistenza da parte dei familiari,
b) è deceduto in data **VISTO:** per il suddetto periodo di assenza per malattia saranno decurtati _____ /30
di Compenso Individuale Accessorio / Retribuzione Professionale Docenti. **VISTO:** si concede il permesso retribuito / altra assenza.**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**
(Ivana OTTONELLO)