|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Istituto Comprensivo E.Fermi MACERATA** | **MOTIVI DI SALUTE** | Rev. 14.2.2019 |

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il/La Sottoscritto/a** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

in servizio c/o codesto Istituto con la qualifica di:

⭘**DOCENTE** 🞏 Infanzia 🞏 Primaria 🞏 Sec. di I grado 🞏CTP 🞏I.R.C.

⭘**DIRETTORE DEI SS. GG. AA.**

⭘**ASSISTENTE AMMINISTRATIVO**

⭘**COLLABORATORE SCOLASTICO**

**⭘ LSU** 🞏ass.amm.vo 🞏Coll. scol.

⭘a Tempo Indeterminato ⭘a Tempo Determinato

О Part time orizzontale О Part time verticale: n.giorni lavorativi\_\_\_\_\_\_\_

# C H I E D E

ai sensi del CCNL Comparto Scuola, di assentarsi dal servizio

**dal** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **per un totale di gg**. \_\_\_\_\_\_\_

per il seguente motivo:

**□Assenza per malattia**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CCNL 2006-2009 Art. 17 personale a T. I. / art. 19 personale a T.D.**

(pers. di ruolo: 9 mesi retribuzione intera

3 mesi retribuzione 90%

6 mesi retribuzione 50%

18 mesi senza retribuzione

pers. suppl. fino al 30/6 o 31/8: 30 gg. retribuzione intera

60 gg. retribuzione 50%

pers. suppl. temp.: 30 gg. retribuzione 50%)

□Assenza per visite, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici

(SOLO PER ATA: 18 ore rientranti nel computo della malattia e

fruibili su base oraria SENZA decurtazione stipendiale

O su base giornaliera CON decurtazione stipendiale come per la malattia (decurtazione trattamento accessorio nei primi 10 giorni di ogni periodo di malattia)

**□Prestazione ospedaliera**

(Day-Hospital – Ricovero ospedaliero – Prognosi ospedaliera)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*si allega certificato medico*

*rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**□Controlli prenatali Art.14 D.Lgs.151/2001** *(giornata intera senza decurtazione economica né visita fiscale né computo nel periodo di comporto)*

*Si allega certificazione medica*

**□Gravi patologie** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CCNL 2006-2009 Art. 17 c. 9 personale a T. I. / art. 19 personale a T.D.**

*si allega certificato medico*

*rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**□Infortunio sul lavoro e malattie dovute a causa di servizio** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CCNL 2006-2009 Art. 17 personale a T. I. / art. 20 personale a T.D**

*si allega certificato medico*

*rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**□Infortunio in Itinere**

*Dichiarazione dipendente attestante descrizione accaduto*

*si allega certificato medico*

*rilasciato in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**L’ASSENZA E’ IMPUTABILE ED UN TERZO RESPONSABILE ? :** ⭘**SI ⭘ NO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

🞎**Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Macerata, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RECAPITO:

Via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (C.a.p.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( prov. )

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VISTO** (*solo personale ATA)* **SI AUTORIZZA/NON SI AUTORIZZA**

**IL DIRETTORE DEI SS. GG. AA. IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**(Dott. Elisabetta Di Geronimo) (Prof. Moreno Trubbiani)**

............................................................. ...................................................................