

DICHIARAZIONE ASSENZA MOTIVI SALUTE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
e p.c. AL D. S. G. A.
IPSSS "MORVILLO FALCONE"

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso questo Istituto nell'a.s. _____ / _____ in qualità di _____

- a tempo determinato
- a tempo indeterminato

DICHIARA

giorni _____ dal _____ al _____ per

- Visita medica, prestazione specialistica, accertamenti diagnostici (allegare certificazione e prescrizione)
- Malattia (allegare certificazione)

I giorni richiesti prevedono una decurtazione del trattamento economico accessorio per i primi 10 gg per ogni evento.

- Day Hospital (allegare certificazione)
- Ricovero ospedaliero (allegare certificazione)
- Gravi patologie (allegare certificazione)
- Infortunio sul lavoro (allegare certificazione)
- Malattia dovuta a causa di servizio (allegare certificazione)

I giorni richiesti non prevedono una decurtazione del trattamento economico accessorio.

Tutte le certificazioni devono essere rilasciate da medici convenzionati con il S.S.N. o da strutture pubbliche.

BRINDISI _____

IL DICHIARANTE

VISTO:

- Si dispone visita medico-fiscale di controllo.
- Non si dispone visita medico-fiscale di controllo per particolari impedimenti di servizio del personale.
- Non si dispone visita medico-fiscale di controllo per inutile aggravio di spesa per l'Amministrazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
