

**DOMANDA DI MALATTIA**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO di  
CODOGNE' E GAIARINE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio in qualità di

Collaboratore Scolastico  Assistente Amministrativo

plesso di \_\_\_\_\_

con contratto a tempo  Indeterminato  Determinato

**COMUNICA**

alla S.V. l'assenza dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi giorni \_\_\_\_\_

(ai sensi dell'art. 17 C.C.N.L. 2007) per

- MALATTIA INIZIO/CONTINUAZIONE \***
- ASSENZA COVID**
- VISITA MEDICA/TERAPIA/ESAMI DIAGNOSTICI**
- DAY HOSPITAL**
- RICOVERO**
- DEGENZA POST OSPEDALIERA**
- INFORTUNIO SUL LAVORO**
- GRAVE PATOLOGIA**

allegare documentazione giustificativa o certificato

- DICHIARA** che durante il periodo di assenza richiesto sarà reperibile al consueto domicilio
- DICHIARA** che durante il periodo di assenza richiesto sarà reperibile:

città \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_

A.S.L. di \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

*\* Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che qualora debba allontanarsi durante le fasce di reperibilità (10:00/12:00 – 17:00/19:00 domeniche e festivi compresi) dall'indirizzo comunicato, per visite mediche, prestazioni o accertamenti specialistici o per altri giustificati motivi, che devono essere, a richiesta documentati, è tenuto a darne preventiva comunicazione a codesto Ufficio con l'indicazione della diversa fascia oraria di reperibilità da osservare.*

Con osservanza

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dipendente

---

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI CODOGNE' e GAIARINE

VISTO:

IL D.S.G.A.  
Susanna Conzon

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Angela Amato