

Plesso.....
Classe
Turno.....

Al Dirigente Scolastico I.C. Via N. M. Nicolai - Roma

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio con contratto a tempo determinato/indeterminato presso questo Istituto, comunica la propria assenza per gg. _____ dal _____ al _____ per:

- ☐ accertamenti diagnostici;

La struttura sanitaria (pubblica e/o privata) scelta è _____
appuntamento ore _____

Pertanto chiede di poter usufruire di:

- ☐ Day Hospital;
- ☐ Ricovero ospedaliero;
- ☐ Infortunio;
- ☐ malattia: numero protocollo certificato telematico
- ☐ Grave patologia;
- ☐ visita specialistica;
- ☐ permesso retribuito per motivi personali T.I. (art. 15 CCNL) allegare autocertificazione;
- ☐ permesso retribuito per motivi personali T.D. (art. 35 CCNL) allegare autocertificazione;
- ☐ aspettativa per motivi personali/familiari (art. 18 CCNL) – senza retribuzione;
- ☐ concorsi; ☐ esami; ☐ corso di formazione e aggiornamento ☐ partecipazione convegno
- ☐ permesso per lutto;
- ☐ interdizione complicanze gestazione; ☐ astensione obbligatoria; ☐ astensione obbligatoria per puerperio; ☐ recupero gestazione;
- ☐ congedo parentale figlio/a: nome.....cognome.....data di nascita
 - ☐ 1 mese all'100% entro i 12 anni; 2 mesi all'80% entro i sei anni; restanti 6 mesi al
 - ☐ 30% entro i 12 anni;
- ☐ matrimonio;
- ☐ permesso donazione sangue;
- ☐ legge 104;
- ☐ congedo permesso straordinario L. 104

ALLEGA

Per prestazione presso strutture pubbliche:

- ☐ certificazione della struttura sanitaria pubblica, attestante giorno e ora in cui è stata effettuata la prestazione;
- ☐ certificato medico di base;
- ☐ certificato del pronto soccorso o del medico di base per infortunio;

Per prestazione presso strutture private:

- ☐ certificazione del medico o della struttura specialistica privata attestante l'effettuazione della prestazione comprensiva di data e ora(dalla 3° visita privata la certificazione deve essere accompagnata dal certificato medico telematico).

Roma, li _____

Firma _____