**COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA / INFORTUNIO / INTERDIZIONE**

Al Dirigente Scolastico

Dell’Istituto Comprensivo “G. Falcone”

\_ L \_ sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Docente

* Infanzia
* Primaria
* Secondaria di I Grado

□ ATA

* DSGA
* Assistente Amministrativo
* Collaboratore Scolastico

con contratto a tempo determinato / indeterminato, **chiede** alla S.V. di poter usufruire dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per complessivi giorni\_\_\_\_\_\_ di :

□ malattia (n. protocollo certificato telematico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

□ visita specialistica;

□ infortunio sul lavoro e malattia dovuta a causa di servizio (art. 20 CCNL 2009);

□ interdizione dal lavoro per complicanze della gestazione (L.1024/71 art. 5);

□ malattia bambino (nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

* fino a 3 anni del figlio
* oltre i 3 anni del figlio (giorni già fruiti n.\_\_\_)

Palermo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 CON OSSERVANZA

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

VISTO IL DIRIGENTE SCOLASTICO