****

Istituto Comprensivo “Norberto Bobbio”

**scuola dell’infanzia, primaria e secondaria di primo grado**

Via IV Novembre, 2 - Rivalta Bormida (AL)

Tel. 0144364113 \* 0144372068 \* 0144364941 \* Fax 0144364643 \* C.M. ALIC809001 \* C.F. 81003050069

e-mail: [alic809001@istruzione.it](mailto:alic809001@istruzione.it) PEC [alic809001@pec.istruzione.it](mailto:alic809001@pec.istruzione.it) Web: [www.comprensivorivaltab.gov.it](http://www.comprensivorivaltab.gov.it)

**MD** **I6 Richiesta di un giorno di malattia per sostenere esami clinici e diagnostici ed accertamenti di vario tipo in base alla circolare n. 301 del 27/06/1996.**

Alla Dirigente Scolastica

Istituto Comprensivo “N. Bobbio”

Rivalta Bormida

\_l \_sottoscritt­\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(cognome e nome) ( qualifica)

in servizio presso codesto Istituto nel corrente a.s. con contratto a tempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(determinato/indeterminato)

**COMUNICA**

n.\_\_\_ giorn\_\_\_ di assenza per malattia (ai sensi della C.M. 301 del 27/06/1996), per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per i\_\_ giorn\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In base all’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 N.445 e alla legge n. 133 del 06/08/2008, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia dichiaro sotto la mia personale responsabilità:

- che è stato possibile prenotare solo in orario antimeridiano in coincidenza con le ore di lavoro;

- che non è stato possibile prenotare nel giorno libero e/o in orario pomeridiano;

- che la prenotazione è prevista per le ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_che osserva il seguente orario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare qualsiasi variazione nella prenotazione.

La Dirigenza si riserva il diritto di chiedere al\_\_\_ richiedente la certificazione da parte dell’ente che non è stato possibile prenotare al di fuori delle ore di servizio.

Saranno consegnate la certificazione del medico curante che attesti la giornata di cura e riposo e la certificazione della struttura specifica contenente l’indicazione dell’ora in cui è avvenuta la prestazione.

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza dell’art. 17 – Assenze per malattia – del CCNL del 30 novembre 2007

Con osservanza

lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma del dipendente)