

OGGETTO: **Richiesta assenza per malattia personale a tempo indeterminato:**

- 1) Personale Docente e ATA di Ruolo (art. 17 CCNL) e Insegnanti di Religione con almeno 4 anni di incarico e con orario di 18 ore settimanali

Il/La sottoscritta/o _____ in servizio con
qualifica di _____ presso codesto Istituto

CHIEDE

di assentarsi dalla scuola per un totale di giorni _____ dal _____ al _____
per **MOTIVI DI SALUTE**.

Lo scrivente è a conoscenza che, in un triennio, è possibile assentarsi per 18 mesi (in casi gravi per un ulteriore periodo di 18 mesi) con il seguente trattamento economico:

1. INTERO PER I PRIMI 9 MESI
2. AL 90% PER I SUCCESSIVI 3 MESI
3. AL 50% PER GLI ULTERIORI 6 MESI

In riferimento a quanto disposto dall'art.17 comma 17 del CCNL 29.11.2007, il sottoscritto

DICHIARA

- che l'assenza **NON** è dovuta ad infortunio causato da terzi responsabili
- che l'assenza è dovuta ad infortunio causato da terzi responsabili

 Al fine di consentire all'Amministrazione di esercitare il diritto di rivalsa per ottenere il risarcimento del danno emergente subito, il sottoscritto _____ si impegna a fornire alla scuola, entro 10 gg dalla data odierna, ogni informazione utile circa le circostanze e la dinamica dell'evento, il nominativo del responsabile e dell'assicurazione vincolata in via solidale con lo stesso.

Lo scrivente è altresì a conoscenza della obbligatorietà della visita di controllo che potrà essere effettuata al seguente recapito:

Via _____ n. _____ Città _____
(Fasce orarie di reperibilità: 09 – 13; 15 – 18)

Si allega certificazione medica.

Con osservanza

Data _____