

OGGETTO: Comunicazione **assenza per malattia**

..l.. sottoscritt.,

in servizio presso questo istituto in qualità di Docente ATA

A TEMPO Indeterminato Determinato

ai sensi del CCNL art. 17 per i dipendenti a T.I. e artt. 17 e 19 per i dipendenti a T.D.

comunica che sarà assente per malattia

dal al per un totale di gg.

- Allega: certificato medico
 certificato di ricovero ospedaliero
 altra documentazione.....
.....

comunica, ai fini di controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, di essere reperibile al seguente indirizzo dalle ore 9,00 alle ore 13,00 e dalle ore 15,00 alle ore 18,00 in ciascun giorno dell'assenza anche se domenicale o festivo:

Via/Piazza n°

C.A.P. Città

Tel.

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa di codesta Scuola ai sensi del D.Lgs. 196/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali», art. 13; di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n.305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari....».

.....
luogo e data Firma

Riservato all'Amministrazione

Note:

.....
luogo e data Firma del Dirigente