

Al Dirigente Scolastico  
del Liceo Statale  
"Vasco – Beccaria - Govone"  
Mondovì (CN)  
CNPS07000P@istruzione.it

e, p.c. \_\_\_\_\_  
(eventuale Istituto di completamento)

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ A.T.A. \_\_\_\_\_  
(COGNOME e NOME)

## COMUNICA

l'assenza dal lavoro per il seguente motivo (selezionare l'ipotesi che ricorre):  
(compilare una domanda per ogni periodo e, in caso di più domande, inviare distinte e-mail)

**MALATTIA per ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI - VISITA SPECIALISTICA - INTERVENTO AMBULATORIALE**  
nella giornata del \_\_\_\_\_ (in caso di più giorni occorre compilare distinte richieste)

(Solo se la richiesta è oraria indicare le ore intere o frazioni di 30 minuti) per ore \_\_\_\_\_  dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
La richiesta ad ore è indicativa, l'effettivo periodo di assenza sarà conteggiato in base alla timbratura.  
(Al rientro in servizio presentare il certificato. Non è ammessa l'autocertificazione o la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

**DAY HOSPITAL – DAY SURGERY**

nella giornata del \_\_\_\_\_  
(Al rientro in servizio presentare il certificato di ricovero. Si consiglia di informarsi preventivamente affinché il certificato riporti la corretta denominazione e non intervento ambulatoriale. Non è ammessa l'autocertificazione o la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

**RICOVERO OSPEDALIERO** (vedere nota \*)

dal \_\_\_\_\_ alle dimissioni dall'ospedale presumibilmente il \_\_\_\_\_ e presume:

di non necessitare di un periodo di convalescenza

di necessitare di un periodo di convalescenza fino al \_\_\_\_\_

(\* N.B.: Compilare obbligatoriamente tutti i campi. Alle dimissioni dall'ospedale o il giorno successivo, far pervenire in originale (oppure anticipare tramite e-mail e poi consegnare al rientro in servizio) il **certificato di ricovero e dimissioni (al momento poche strutture ospedaliere rilasciano questo certificato in formato digitale). In caso di prosecuzione dell'assenza per convalescenza comunicare telefonicamente il n. del certificato telematico rilasciato dal medico dell'ospedale.** Se il medico dell'ospedale non rilascia il certificato ma invita a rivolgersi al medico di base si consiglia di far presente che il periodo deve comprendere almeno il giorno delle dimissioni e deve essere spuntata la casella "continuazione". Non è ammessa l'autocertificazione o la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

**CONVALESCENZA POST-RICOVERO** (vedere nota \*\*)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi giorni \_\_\_\_\_

come da certificato telematico n. \_\_\_\_\_

(\*\* N.B.: Da utilizzare in caso di ulteriore periodo di convalescenza. Anche in questo caso si consiglia di verificare che sia spuntata la casella "continuazione".)

(da compilare in caso di ricovero) \_\_\_I\_\_\_ sottoscritt\_\_\_, in riferimento a quanto disposto dall'art. 17, c.17 del CCNL 29/11/2007, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 496 del Codice Penale in caso di dichiarazioni non veritiere, DICHIARA sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, che l'assenza dal lavoro:

**E' DOVUTA ad infortunio causato da terzi responsabili**

**NON E' DOVUTA ad infortunio causato da terzi responsabili.**

Note/Dichiarazioni \_\_\_\_\_

Mondovì, \_\_\_\_\_

(Firma) \_\_\_\_\_