

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

e, p.c. _____
(eventuale Istituto di completamento)

___/___ sottoscritt___ DOCENTE _____
(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)
(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) ___/___ 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) _____

Firma Elettronica con l'efficacia probatoria
prevista dall'art. 2712 c.c. ai sensi dell'art. 10, comma 1, TUDA

*** *** *** *** *** *** *** *** ***

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Note/Dichiarazioni _____