

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL' ITES "V.V. LENOCI"
e p.c. AL D.S.G.A.**

DICHIARAZIONE ASSENZA MOTIVI SALUTE

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio presso questo Istituto nell'a.s. ____ / ____ in qualità di _____

- a tempo determinato
- a tempo indeterminato

DICHIARA

giorni _____ dal _____ al _____ per

- Visita medica, prestazione specialistica, accertamenti diagnostici
- Malattia. I giorni richiesti prevedono una decurtazione del trattamento economico accessorio per i primi 10 gg per ogni evento.
- Day Hospital
- Ricovero ospedaliero
- Gravi patologie
- Infortunio sul lavoro
- Malattia dovuta a causa di servizio

I giorni richiesti non prevedono una decurtazione del trattamento economico accessorio.

Tutte le certificazioni devono essere rilasciate da medici convenzionati con il S.S.N. o da strutture pubbliche.

BARI, _____

IL DICHIARANTE

VISTO:

- Si dispone visita medico-fiscale di controllo.
- Non si dispone visita medico-fiscale di controllo per particolari impedimenti di servizio del personale.
- Non si dispone visita medico-fiscale di controllo per inutile aggravio di spesa per l'Amministrazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO