|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ISTITUTO COMPRENSIVO VALLE STURA Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria I°  MASONE (GE)  data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  prot. n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_ /FP |  | **Al DIRIGENTE SCOLASTICO**  dell’ **Istituto Comprensivo Valle Stura**  **MASONE (GE)** |

\_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso questo Istituto in qualità di |\_\_| Collaboratore Scolastico / |\_\_| Assistente Amministrativo / |\_\_| Direttore S.G.A. / |\_\_| Docente di Scuola |\_\_| dell’Infanzia / |\_\_| Primaria / |\_\_| Secondaria I° a Tempo |\_\_| Indeterminato / |\_\_| Determinato

##### C H I E D E

giorni \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di:

|  |  |
| --- | --- |
|  | ASSENZA PER MALATTIA (1) |

Allega / Si riserva di allegare: certificato medico / documentazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445 del 28.12.2000: (2)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false.

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

(1) Indicare se visita specialistica, terapia o esami diagnostici

(2) esempi di autocertificazione: che ................. nato a .................... il .............. residente in ............. , unito al/alla sottoscritto/a dal seguente rapporto di parentela........................ , a) è ricoverato presso l’ospedale di ....................... e necessita di assistenza da parte dei familiari,

b) è deceduto in data ............................

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Per il suddetto periodo di assenza per malattia saranno decurtati \_\_\_\_\_ /30 per trattenuta stipendiale L. 133/08.