

*Al Dirigente Scolastico  
I.C. "GIUSEPPE IMPASTATO"  
Sede Via Gastinelli, 58 – Roma*

**Oggetto: Assenza per malattia (visita specialistica)**

  1   sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
in servizio presso questo Istituto in qualità di \_\_\_\_\_  
con contratto a tempo determinato/indeterminato

*COMUNICA*

Ai sensi dell'art. 17, del C.C.N.I., comparto scuola 2006/09 sottoscritto il 29/11/2007, di assentarsi dal servizio per visita specialistica dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg. \_\_\_\_\_ .

La visita verrà effettuata presso : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Specificare se trattasi di visita specialistica indicando la sede in cui avverrà o se trattasi di ricovero ospedaliero

Il sottoscritto dichiara che la visita avverrà dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e in base all'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 , consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal C.P. e dalle leggi speciali in materia dichiaro sotto la mia personale responsabilità:

- a. Che è stato possibile prenotare solo in orario antimeridiano in coincidenza con le ore di lavoro;
- b. Che è stato possibile prenotare nel giorno libero e/o in orario pomeridiano:

Il sottoscritto/a si impegna a comunicare qualsiasi variazione nella prenotazione.

La dirigenza si riserva il diritto di chiedere al richiedente la certificazione da parte dell'ente che non è stato possibile prenotare al di fuori dell'orario di servizio.

Sarà consegnata la certificazione della struttura specialistica contenente l'indicazione dell'ora in cui è avvenuta la prestazione.

Il sottoscritto è a conoscenza dell'art. 17 – assenza per malattia – del CCNL del 29/11/2007

**ALLEGA**

- Certificato medico (o certificato di ricovero ospedaliero o altro)
- Si riserva di inviare: certificato medico (o certificato di ricovero ospedaliero o altro)

ROMA, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

<b>C.I.U.P.A.</b>			
Convalida firma	Id. logistico	Codice univoco soggetto	Codice personale

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
Prof.ssa Daniela MONACO

\_\_\_\_\_

N.B. personale T.I. max 18 mesi in un triennio (9 mesi retribuiti al 100 % - 3 mesi al 90 % - 6 mesi al 50 %;

Personale T.D. per l'intero A.S. o fino al termine delle attività didattiche 1 mese retribuito al 100 %, 2° e 3° mese al 50 %; Suppl. Temp. Con contratto stipulato dal Dirigente  
Scol.co max 30 gg all'anno retribuito al 50 %