

___l___ sottoscritt _____

in servizio presso _____ in qualità di _____

COMUNICA

N° ___giorni di assenza per malattia (ai sensi della C.M.301 del 27/06/1996),

per visite specialistiche prestazioni specialistiche accertamenti diagnostici

presso _____ per il giorno _____

in base all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci, previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara sotto la mia personale responsabilità:

- a) che è stato possibile prenotare solo in orario antimeridiano in coincidenza con le ore di lavoro;
- b) che non è stato possibile prenotare nel giorno libero e/o in orario pomeridiano;
- c) che la prenotazione è prevista per le ore _____ presso _____
che osserverà il seguente orario _____.

___l___ sottoscritt ___ si impegna a comunicare qualsiasi variazione nella prenotazione.

L a Dirigenza si riserva il diritto di chiedere al richiedente la certificazione da parte dell'ente che non è stato possibile prenotare al di fuori delle ore di servizio.

Saranno consegnate la certificazione del medico curante che attesti la giornata di cura e di riposo e la certificazione della struttura specifica contenente l'indicazione dell'ora in cui è avvenuta la prestazione.

___l___ sottoscritt ___ è a conoscenza dell'art. 17-Assenze per malattia- CCNL del 30 novembre 2007.

Gricignano d' Aversa,

In Fede

Per presa visione
Il Dirigente scolastico
(Dott.ssa Loredana Russo)
