Il/La sottoscritt  

in servizio presso codesto istituto nella scuola

(riportare denominazione plesso)

in qualità di  Docente

|  |  |
| --- | --- |
| a tempo indeterminato | Titolare  Assegnazione provvisoria/utilizzazione/L.100 |
| a tempo determinato | Annuale fino al 31/8  Annuale fino al 30/6  Su posto vacante fino avente diritto (nei limiti del contratto)  Per supplenza breve e saltuaria (nei limiti del contratto) |

Ai sensi del CCNL 29/11/2007 art. 17 per i dipendenti a T.I. e art. 17 e 19 per i dipendenti a T.D.

**Comunica che sarà assente**

dal       al       per un totale di gg

per il seguente motivo:

**Malattia**  **Accertamenti diagnostici/Visita specialistica**

**Day Hospital**  **Ricovero ospedaliero**

**Comunica che,** ai fini del controllo della malattia ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, nelle f**asce orarie 9:00/13:00 e 15:00/18:00 festivi compresi,** sarà reperibile al seguente indirizzo:

Via/Piazza        n.    Città       Rec. Tel

*Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell’informativa di codesto Istituto, (pubblicata anche sul sito web dell’Istituto) ai sensi del D****.****Lgs****.*** *196/2003 «Codice in materia di protezione dei dati personali», art****.*** *13; di essere informato che i dati sopra conferiti sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti; che verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo e nei limiti stabiliti da tale D.Lgs, nonché dal Decreto Ministero della Pubblica Istruzione n****.****305/2006 «Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari...».*

Luogo e data        *Il dipendente*