

	<p>M.I.U.R – U.S.R. EMILIA ROMAGNA – UFFICIO V - BOLOGNA ISTITUTO COMPRENSIVO di CASTEL MAGGIORE Via Bondanello n. 28 - 40013 Castel Maggiore (BO) Tel. 051/6321233 – Fax 051/712810 Cod. Fiscale 91201340378 Cod. Ministeriale BOIC82200G e-mail: boic82200g@istruzione.it P.E.C.: boic82200g@pec.istruzione.it sitoWeb: https://www.iccastelmaggiore.edu.it/</p>	
---	--	--

Castel Maggiore, _____

**Alla Dirigente Scolastica
IC di Castel Maggiore**

Oggetto: Comunicazione Assenza per Grave Patologia

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio presso
codesto Istituto in qualità di _____ con contratto a

TD TI

COMUNICA

l'assenza dal lavoro per malattia determinata da terapia invalidante connessa a grave patologia,
così come certificata da **(specificare il soggetto certificante)** _____

per il periodo

dal ____/____/____ al ____/____/____

dal ____/____/____ al ____/____/____

RICHIEDE

che tali periodi di malattia siano soggetti ai benefici previsti all'art. 17 comma 9 CCNL 2007 e
all'art. 71 comma 1 - Decreto legge 112/2008 convertito Legge 133/2008

Si allega (barrare la tipologia):

- Certificato di dimissione per ricovero ospedaliero o in day hospital **da cui si rileva anche che il ricovero è collegato a una grave patologia.**
(rilasciato dalla struttura sanitaria – Azienda Ospedaliera, Azienda Sanitaria Locale, struttura convenzionata)
- Certificati del medico curante del S.S.N. o certificati di dimissione da strutture di ricovero dai quali **si rileva che i giorni di malattia prescritti sono collegati alla grave patologia diagnosticata e la terapia prescritta è invalidante.**

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003 (Codice Privacy)

Tutti i dati personali e sensibili saranno trattati per esclusivi fini istituzionali connessi alla gestione del rapporto di lavoro nel rispetto della normativa vigente.

I dati e certificati trasmessi potranno essere comunicati alla competente Azienda Sanitaria Locale per l'acquisizione del necessario parere medico.

Il mancato invio dei dati richiesti o il rifiuto al trattamento degli stessi da parte del lavoratore comporterà l'impossibilità di riconoscere il presente beneficio

	<p>M.I.U.R – U.S.R. EMILIA ROMAGNA – UFFICIO V - BOLOGNA ISTITUTO COMPRENSIVO di CASTEL MAGGIORE Via Bondanello n. 28 - 40013 Castel Maggiore (BO) Tel. 051/6321233 – Fax 051/712810 Cod. Fiscale 91201340378 Cod. Ministeriale BOIC82200G e-mail: boic82200g@istruzione.it P.E.C.: boic82200g@pec.istruzione.it sitoWeb: https://www.iccastelmaggiore.edu.it/</p>	
---	--	---

Castel Maggiore, ____/____/____

Firma _____

N.B.: il certificato medico deve contenere la dicitura che “Il richiedente è affetto da.....

Tale quadro morboso è da considerarsi GRAVE PATOLOGIA a norma di legge.

La terapia che la patologia rende necessaria, prescritta in sede specialistica, giustifica l’assenza dal servizio nelle giornate dal..... al..... in quanto temporaneamente e/o parzialmente invalidante”.

Vista la domanda

- si concede
- non si concede

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Antonietta Esposito
(firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi e per gli effetti dell’art.3, c. 2 D.Lgs n.39/93)