Prot. N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico

Dell’Istituto Comprensivo di Delianuova

 l sottoscritt in servizio presso questo Istituto in qualità di con contratto a tempo determinato/indeterminato

**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 **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)*

* N. ……… 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

|  |  |
| --- | --- |
| Data  | *Firma*  |

NOTA BENE:

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”.

Visto: il DSGA: Dott.ssa Canale Carmela

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

***VISTO: IL DIRIGENTE SCOLASTICO***

 ***(Prof.ssa Rosalba Giuseppina Sabatino)***