

 Al Dirigente Scolastico

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

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

Il/La 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 il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n°\_\_\_\_\_ giorn\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

In base all’art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 N° 445, consapevole delle pene stabilite per le falsi attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal codice penale dalle leggi speciali in materia dichiaro sotto la mia responsabilità:

* che è stato possibile prenotare solo in orario antimeridiano in coincidenza con le ore di lavoro;
* che non è stato possibile prenotare nel giorno libero e/o in orario pomeridiano;
* che la prenotazione è prevista per le ore \_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ osserva il seguente orario\_\_\_\_\_.

Il sottoscrittosi 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 delle ore di servizio.

Saranno consegnate la certificazione della struttura specifica 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 30/11/2007.

Delianuova,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 In fede

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

Istituto Comprensivo Delianuova

Per presa visione

 Il D.S.G.A. Il DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Carmela Canale Prof. ssa Rosalba Giuseppina Sabatino