

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____, in servizio presso codesta Istituzione Scolastica con contratto a:

- tempo indeterminato tempo determinato
 tempo pieno tempo parziale n. ore _____ / _____

in qualità di:

Docente (ordine di scuola Primaria / Sec. I° / Sec. II°) Educatore ATA (profilo: AA/CS/AT/CU/GU/IF)

chiede

la concessione di giorni n. _____ per il periodo dal _____ al _____

avvalendosi del seguente Istituto Giuridico:

- **Assenza per malattia**
Il dipendente deve comunicare alla Segreteria l'inizio della malattia il giorno stesso dell'evento, generalmente entro le ore 07.30/08.00 del mattino. Successivamente e nella stessa giornata deve comunicare alla Segreteria il n. di protocollo identificativo del certificato telematico di malattia.
- **Assenza per malattia - Gravi Patologie**
Il dipendente deve produrre idonea certificazione rilasciata dal proprio medico curante ovvero dalla competente ASL attestante lo stato di "patologia grave che richiede terapia salvavita".
- **Assenza per malattia – causa di servizio**
Il dipendente deve produrre idonea certificazione.
- **Permesso giornaliero per visite mediche, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici (malattia)**
Spetta a tutto il personale previa produzione a posteriori di apposita attestazione di presenza rilasciata dalla struttura sanitaria.
- **Assenza per infortunio sul lavoro o in itinere**
Allegare certificato medico e/o Verbale di Pronto Soccorso – dichiarazione dinamiche accaduto – in caso di incidente stradale anche eventuale verbale intervento Polizia e copia di "constatazione amichevole" dell'incidente con indicazione Compagnie Assicuratrici di tutte le parti coinvolte.
- **Permesso orario per visite mediche, terapie, prestazioni specialistiche o esami diagnostici (per personale ATA)**
dalle ore _____ alle ore _____ del giorno _____
Per il solo personale ATA i permessi concedibili sono anche orari (18 ore annuali – riproporzionate in caso di part time). Allegare attestazione di presenza rilasciata dalla struttura sanitaria con indicazione orario.
- **Altro** (specificare) _____

Udine, _____

Firma del richiedente _____

-----riservato all'ufficio-----

VISTO dell'Ufficio Personale (nome e firma) _____

VISTO del Direttore SS.GG.AA. (ed eventuali annotazioni) _____

IL RETTORE
DIRIGENTE SCOLASTICO
Fausto Senatore