



**ISTITUTO TECNICO STATALE
"MARCHI – FORTI"**

Viale Guglielmo Marconi, 16 - 51017 PESCIA (PT) - Tel: 0572-451565 - Fax: 0572-444593
E-mail: pttd01000e@istruzione.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it

Via Caduti di Nassiriya, 87 – 51015 MONSUMMANO TERME (PT) – Tel. e Fax: 0572-950747
E-mail: istituto.forti@itsmarchiforti.edu.it - Sito internet: www.itsmarchiforti.edu.it



*Al Dirigente Scolastico dell'Istituto
Tecnico Statale "Marchi-Forti"*

Oggetto: Comunicazione assenza per motivi di salute (art. 17 e 19 del CCNL 29 novembre 2007)

Il/La sottoscritto/a _____ in
servizio presso codesto Istituto in qualità di _____
sede: Marchi Forti
con contratto a tempo: Indeterminato Determinato
regime: Tempo pieno Part-time _____/36 ore

COMUNICA

alla S.V. che sarà assente dal _____ al _____ per complessivi
giorni _____ per i seguenti motivi di salute:

- visita medica specialistica day hospital / day super
- ricovero ospedaliero analisi cliniche / accertamenti diagnostici

INDICARE LA STRUTTURA SANITARIA PRESSO CUI AVVIENE LA PRESTAZIONE

Allega/Allegherà:

Attestazione rilasciata dalla struttura sanitari presso cui avviene la prestazione.

Si ricorda che, se la prestazione coincide con il terzo evento di "malattia o motivi di salute", ovvero superiori i dieci giorni di assenza per gli stessi motivi anche non consecutivi, nell'anno scolastico, la suddetta attestazione deve essere rilasciata dalla stessa struttura pubblica o da un medico convenzionato.

Il sottoscritto dichiara altresì che non è possibile effettuare la suddetta prestazione al di fuori dell'orario di servizio.

Pescia/Monsummano li, _____ Firma _____



Visto si concede non si concede

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Anna Paola Migliorini
