



UNIONE EUROPEA

FONDI STRUTTURALI EUROPEI **pon** 2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



### Istituto Comprensivo BRUINO

Piazza Donatori di Sangue, 1 - 10090 - BRUINO - TO

Tel: 011.9094470

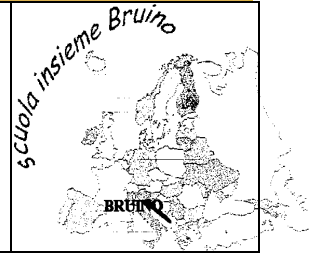
C.F. 95565680014

cod. meccanografico TOIC837002

www.icbruino.gov.it

[toic837002@istruzione.it](mailto:toic837002@istruzione.it)

[toic837002@pec.istruzione.it](mailto:toic837002@pec.istruzione.it)



Riservato all'ufficio

Prot. n° \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Del \_\_\_\_\_

**Al Dirigente Scolastico  
Al Direttore SS.GG.AA.**

### OGGETTO: COMUNICAZIONE ASSENZA PER MALATTIA

Il/La sottoscritto/a..... nato/a a.....

Prov.....il .....in servizio presso codesto Istituto in qualità di.....

Con contratto a tempo  determinato  indeterminato presso la sede di .....

**Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000.**

### COMUNICA

che sarà assente dal ..... al ..... per:

malattia

ricovero ospedaliero/visita medica/esami clinici

sarà reperibile, ai fini della visita medico-fiscale al seguente indirizzo:

Via/Piazza.....n.°.....

Città .....Prov. .... CAP. ....

#### Allega :

- o certificato medico (in caso di malattia protratta per un periodo superiore ai 10 giorni e in ogni caso dal terzo evento in poi nell'anno solare l'assenza deve essere giustificata con certificazione medica rilasciata dai medici convenzionati con il SSN)
- o certificazione di ricovero ospedaliero
- o attestazione di visita medica o altro rilasciata da struttura pubblica o privata (corc. Dfp n. 10/2011)

Il/la sottoscritt... dichiara che la prestazione specialistica e/o accertamento diagnostico non è oggettivamente effettuabile al di fuori dell'orario di lavoro.

Bruino, \_\_\_\_\_

Firma del dipendente \_\_\_\_\_

Vista la domanda e la documentazione allegata, ove prevista, si approva la richiesta.

Bruino, \_\_\_\_\_

Visto \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE dei S.G.A.  
(Annamaria MORCIANO)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
PROF. MAURIZIO GIACONE