

OGGETTO: **Richiesta assenza per malattia personale a tempo determinato:**

- 1) Personale Docente e ATA assunto con contratto a tempo determinato (CCNL – art. 19, commi 1,3,4,5,6,8,10 e 11) fino al 31 agosto o fino al 30 giugno e Docente IRC con servizio inferiore a 4 anni;
- 2) Personale Docente e ATA assunto con contratto a tempo determinato per supplenze brevi (CCNL – art. 19, commi 1,3,4,5,6,8,10 e 11).

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio con
qualifica di _____ presso codesto Istituto

CHIEDE

di assentarsi dalla scuola per un totale di giorni _____ dal _____ al _____

per **MOTIVI DI SALUTE**.

Lo scrivente è a conoscenza che in qualità di:

Personale Docente e ATA assunto con contratto a tempo determinato (CCNL – art. 19, commi 1,3,4,5,6,8,10 e 11) fino al 31 agosto o fino al 30 giugno e Docente IRC con servizio inferiore a 4 anni **può assentarsi per 9 mesi in un triennio scolastico. Fermo restando tale limite, in ciascun anno scolastico la retribuzione spetta:**

- **al 100% nel 1° mese di assenza;**
- **al 50 % nel 2° e 3° mese;**
- **0% nel restante periodo.**

Personale Docente e ATA assunto con contratto a tempo determinato per supplenze brevi (CCNL – art. 19, commi 1,3,4,5,6,8,10 e 11) **può assentarsi per anno scolastico:**

- **gg 30 complessivi retribuiti al 50%**

In riferimento a quanto disposto dall'art.17 comma 17 del CCNL 29.11.2007, il sottoscritto

DICHIARA

⇒ che l'assenza **NON** è dovuta ad infortunio causato da terzi responsabili

⇒ che l'assenza è dovuta ad infortunio causato da terzi responsabili :

✚ Al fine di consentire all'Amministrazione di esercitare il diritto di rivalsa per ottenere il risarcimento del danno emergente subito, il sottoscritto _____ si impegna a fornire alla scuola, entro 10 gg dalla data odierna, ogni informazione utile circa le circostanze e la dinamica dell'evento, il nominativo del responsabile e dell'assicurazione vincolata in via solidale con lo stesso

Lo scrivente è altresì a conoscenza della obbligatorietà della visita di controllo che potrà essere effettuata al seguente recapito:

Via _____ n. _____ Città _____

(Fasce orarie di reperibilità: 09 – 13; 15 – 18)

Si allega certificazione medica.

Data _____

Con osservanza

Firma