

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"G. GALILEI" - PIEVE A NIEVOLE**

OGGETTO: *Docenti a tempo determinato - Assenza per visita medica, prestazione specialistica, accertamenti diagnostici ai sensi del C.M. n. 301 del 27/06/96 e dell'art. 35 del C.C.N.L. 2019/21 del comparto Scuola*

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio in codesto

Istituto in qualità di _____ con contratto di lavoro a tempo determinato:

COMUNICA

ai sensi del C.M. n. 301 del 27/06/96 e dell'art. 35 del C.C.N.L. 2019/21, comma 1 del comparto Scuola, che nel/i giorno/i:

dal _____ al _____

si troverebbe nell'impedimento di prestare servizio per motivi di salute.

A documentazione di quanto sopra, il/la sottoscritto/a esibisce:

la certificazione del medico di famiglia da cui risulta la prescrizione presso una struttura sanitaria:

- di visita clinica specialistica
- di accertamento diagnostico
- di prestazione terapeutica specialistica

l'attestazione rilasciata dalla struttura sanitaria da cui risultano il giorno e l'ora fissati per la prestazione richiesta;

si riserva di produrre, in alternativa a tale attestazione:

- la certificazione rilasciata dalla stessa struttura sanitaria attestante il giorno e l'ora in cui tale prestazione è avvenuta.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi della Legge 127 del 15/05/97 modificata e integrata dalla Legge 191 del 16/06/98 consapevole delle conseguenze previste dall'art. 489 del codice penale che tale/i prestazione/i non poteva/no essere effettuata/e al di fuori dell'orario di servizio e chiede per tale assenza il trattamento previsto dall'art. 35 del C.C.N.L. 2019/21 per le assenze per malattia.

Pieve a Nievole, _____

(Firma)

Visto, si riconosce l'assenza per malattia

non si riconosce l'assenza per malattia

Pieve a Nievole, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Rossella Quirini

