Al Dirigente Scolastico

Scuola secondaria di I grado “G. Mazzini”

Via Tozzetti n. 5 , 57124 Livorno

**Oggetto: Domanda di assenza per gravi patologie.**

\_L\_sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso questo Istituto in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 docente  collaboratore scolastico  assistente amministrativo

 assistente tecnico  DSGA

con contratto di lavoro a tempo  determinato  indeterminato,

**CHIEDE**

di assentarsi ai sensi dell’art. 17 co. 9 del CCNL del 27 novembre 2007 per l’assenza per malattia determinata da terapia invalidante connessa alla grave patologia in atto, per i seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tali periodi di assenza sono determinati da:

* ricovero ospedaliero e/o day hospital
* conseguenze delle terapie salvavita temporaneamente e/o parzialmente invalidanti.

**Documentazione**:[[1]](#footnote-1)

* Si allega certificazione rilasciata da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attestante la sussistenza della grave patologia[[2]](#footnote-2)
* Si allega la certificazione rilasciata dall’Ospedale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ attestante il ricovero[[3]](#footnote-3)
* La certificazione attestante la sussistenza della grave patologia è stata già consegnata all'Istituto

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Fermo restando l'invio del certificato telematico da parte del medico curante con la spunta relativa a " patologia grave che richiede terapia salvavita" ( cfr Circolare INPS n. 113 del 25 luglio 2013). [↑](#footnote-ref-1)
2. La suddetta certificazione va consegnata solo una volta dal dipendente. [↑](#footnote-ref-2)
3. Nel caso in cui la Struttura Ospedaliera non provvede all'invio telematico del certificato di ricovero. [↑](#footnote-ref-3)