**Al Dirigente Scolastico**

**dell’Istituto Comprensivo 1**

**“F.Pentimalli”**

**Gioia Tauro RC**

**Oggetto: Comunicazione Assenza per Grave Patologia**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con contratto a tempo indeterminato/determinato

**COMUNICA**

l’assenza dal lavoro per malattia determinata da terapia invalidante connessa a grave patologia, così come

certificata da **(specificare il soggetto certificante)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per il periodo dal \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

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

**RICHIEDE**

che tali periodi di malattia siano soggetti ai benefici previsti all’art. 17 comma 9 CCNL 2007 e all’art. 71 comma 1 - Decreto legge 112/2008 convertito Legge 133/2008

**Si allega (barrare la tipologia) :**

* Certificato di dimissione per ricovero ospedaliero o in day hospital **da cui si rileva anche che il ricovero è collegato a una grave patologia.**

*(rilasciato dalla struttura sanitaria – Azienda Ospedaliera, Azienda Sanitaria Locale, struttura convenzionata)*

* Certificati del medico curante del S.S.N. o certificati di dimissione da strutture di ricovero dai quali **si rileva che i giorni di malattia prescritti sono collegati alla grave patologia diagnosticata e la terapia prescritta è invalidante**.

**Informativa ai sensi dell’art. 13 D.Lgs. 196/2003 (Codice Privacy)**

Tutti i dati personali e sensibili saranno trattati per esclusivi fini istituzionali connessi alla gestione del rapporto di lavoro nel rispetto della normativa vigente.

I dati e certificati trasmessi potranno essere comunicati alla competente Azienda Sanitaria Locale per l’acquisizione del necessario parere medico.

Il mancato invio dei dati richiesti o il rifiuto al trattamento degli stessi da parte del lavoratore comporterà l’impossibilità di riconoscere il presente beneficio

Gioia Tauro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTA BENE**

**Il certificato medico deve contenere la dicitura che “Il richiedente è affetto da............ Tale quadro morboso è da considerarsi GRAVE PATOLOGIA a norma di legge.**

**La terapia che la patologia rende necessaria, prescritta in sede specialistica, giustifica l’assenza dal servizio nelle giornate dal......... al....................... in quanto temporaneamente e/o parzialmente invalidante”.**

Visto

Il Dirigente Scolastico

(Dott.ssa Luisa Antonella Ottanà)