



LICEO SCIENTIFICO STATALE

“Fulcieri Paulucci di Calboli”

Via Aldo Moro, 13 - 47121 FORLÌ

Tel 0543-63095

e-mail: fops040002@istruzione.it

casella di posta elettronica certificata: fops040002@pec.istruzione.it

C.F. 80004540409

Cod. Scuola FOPS040002

Codice Univoco dell'Ufficio per fatturazione elettronica: UFFPDX

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: comunicazione di assenza per gravi patologie (art. 17, c. 9, CCNL 2006/2009 e art. 71, c.1, D. Lgs. 25/06/2008 n. 112 convertito in Legge 06/08/2008 n. 133)

_____ a _____
pr (_____) il _____ e residente a _____ pr (_____)
cap (_____) in _____

in servizio presso codesta Istituzione Scolastica in qualità di
con contratto a tempo

COMUNICA

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

per il periodo

dal _____ al _____ - dal _____ al _____ - dal _____ al _____

per n. giorni ____ complessivi.

RICHIEDE

che tali periodi di malattia vengano valutati ai sensi dell'art. 17, c. 9, CCNL scuole 2006/2009 che recita: *"In caso di gravi patologie che richiedano terapie temporaneamente e/o parzialmente invalidanti sono esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia, di cui ai commi 1 ed 8 del presente articolo, oltre ai giorni di ricovero ospedaliero o di day hospital anche quelli di assenza dovuti alle terapie certificate. Pertanto per i giorni anzidetti di assenza spetta l'intera retribuzione."*

Si allega:

- 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 da _____
- n. ____ 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. 30/06/2003 n. 196 (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

_____, _____ li, _____ Firma

Recapito diverso da quello abituale per eventuali comunicazioni

_____ pr (_____) cap (_____)
in _____ tel/cell _____

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"

Firma Digitale (Dirigente / Dsga)