



**MIM**

Ministero dell'Istruzione  
e del Merito

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "GIACOMO PUCCINI" - PESCAGLIA**  
**SEDE LEGALE: VIA PEDOGNA, 3 - 55064 PESCAGLIA (LUCCA)**  
**NUMERO DI CODICE FISCALE: 93003030462**  
**SEGRETERIA: TEL. 0583 359106 - FAX 0583 359512**

**Mail: [LUIC823001@istruzione.it](mailto:LUIC823001@istruzione.it) - Pec: [LUIC823001@PEC.istruzione.it](mailto:LUIC823001@PEC.istruzione.it) - sito web: [www.icpescaglia.edu.it](http://www.icpescaglia.edu.it)**

## COMUNICAZIONE DI ASSENZA PER MALATTIA

### PROMEMORIA LEGALE

*L'assenza per malattia, salva l'ipotesi di comprovato impedimento, deve essere comunicata all'istituto scolastico o educativo in cui il dipendente presta servizio, tempestivamente e comunque non oltre l'inizio dell'orario di lavoro del giorno in cui essa si verifica, anche nel caso di eventuale prosecuzione di tale assenza" "Il dipendente, che durante l'assenza, per particolari motivi, dimori in luogo diverso da quello di residenza o del domicilio dichiarato all'amministrazione deve darne immediata comunicazione, precisando l'indirizzo dove può essere reperito"*

Al dirigente scolastico

Il / la sottoscritt \_\_\_\_\_ in servizio presso la scuola  
\_\_\_\_\_ di codesto Istituto Comprensivo

con contratto a tempo  indeterminato  determinato in qualità di  Docente  A.t.a.

### COMUNICA

- di usufruire dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi giorni \_\_\_\_\_  
 di usufruire il \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Assenza per

- Malattia (ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. 2006/2009).  
 Visita specialistica

in caso di visita specialistica si allego copia della prenotazione salvo consegnare documentazione attestante l'avvenuta visita rilasciata da parte della struttura sanitaria

*Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.L. 30.06.2003 n.196 art.23 – codice privacy)*

Durante il periodo di assenza il sottoscritto sarà domiciliato in .....

Si allega : \_\_\_\_\_

Pescaglia, .....FIRMA DEL DIPENDENTE .....