

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
LICEO SC. "PAOLO RUFFINI"
VITERBO**

**Oggetto: COMUNICAZIONE ASSENZE PER MALATTIA CONNESSA A GRAVE PATOLOGIA
CHE RICHIEDE TERAPIA INVALIDANTE**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il
_____/_____/_____ in servizio presso _____.

COMUNICA

L'assenza dal lavoro per malattia determinata da (barrare la tipologia):

- grave patologia che richiede terapia invalidante;
 conseguenze certificate delle predette terapie;

così come certificate da (specificare il soggetto certificante):

Per il/i periodo/i dal ____/____/_____ al ____/____/_____ ; dal ____/____/_____
al ____/____/_____

CHIEDE

che tali periodi di malattia siano soggetti ai benefici previsti dall'art. 17, comma 9 del C.C.N.L. 2006/09

Comparto scuola , pertanto, allega / alleggerà (**barrare la tipologia**):

- Certificato di dimissione per ricovero ospedaliero o in day hospital da cui si rileva che esso è collegato a una grave patologia che richiede terapia invalidante (rilasciato dalla struttura sanitaria— Azienda Ospedaliera, ASL, struttura convenzionata)
- Certificato/i del medico curante del S.S.N. o certificati di dimissione da strutture di ricovero dai quali si rileva che i giorni di assenza sono dovuti alle conseguenze della terapia invalidante connessa alla grave patologia

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13, D.LGS.N. 196/2003
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

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 ed i 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.

DATA _____

FIRMA _____