Mod. VS/A

Al Dirigente scolastico
del V Circolo di Avellino

OGGETTO: Assenza malattia per accertamenti clinici e diagnostici.

__l__ sottoscritt_ _____ docente /ATA

_____ di scuola _____,
a tempo determinato o indeterminato *Primaria o dell'Infanzia*

in servizio presso la scuola di _____, in posizione di

_____,
titolare, trasferito annuale, in assegnazione provvisoria, in utilizzazione

CHIEDE

di potersi assentare dal servizio per malattia ai sensi della C.M. 301/1996 per _____ presso _____

dal _____ al _____, per complessivi gg. _____.

A tal fine, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni per false attestazioni e dichiarazioni mendaci previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara sotto la personale responsabilità che:

a. *è stato possibile prenotare solo in orario _____ in coincidenza con le ore di lavoro*
b. *non è stato possibile prenotare nel giorno libero o in orario non coincidente con quello di lavoro*
c. *la prenotazione è prevista per le ore _____*

É consapevole che può essere svolto da parte dell'Amministrazione scolastica controllo presso l'Ente che ha effettuato la prestazione.

Inoltrerà al rientro certificazione della Struttura con indicazione dell'orario in cui è avvenuta la prestazione.

_____l i _____

L'INSEGNANTE

_____