



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA

ISTITUTO COMPRENSIVO "CARLO EMANUELE BUSCAGLIA"

VIA PAISIELLO, 2 - 20092 CINISELLO BALSAMO (MI)

Tel. 0261290728 – Tel./Fax. 0266049026 - Codice Fiscale: 85018650151 - Codice Meccanografico: MIIC8AQ005

e-mail [miic8aq005@istruzione.it](mailto:miic8aq005@istruzione.it) – e-mail pec [miic8aq005@pec.istruzione.it](mailto:miic8aq005@pec.istruzione.it)

sito internet [www.icbuscaglia.gov.it](http://www.icbuscaglia.gov.it)

Al Dirigente Scolastico

**OGGETTO: ASSENZA PER MOTIVI DI SALUTE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in servizio presso codesto Istituto in qualità di:  Docente

Direttore Amministrativo  Assistente Amministrativo  Collaboratore Scolastico

a tempo  indeterminato  determinato

**COMUNICA**

di essere assente per  malattia  visita specialistica  infortunio sul lavoro/in itinere

terapia per grave patologia  ricovero ospedaliero/day-hospital/convalescenza

per N. \_\_\_\_\_ giorni nel seguente periodo:

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

Allega certificato medico \_\_\_\_\_

Seguirà documentazione.

Data \_\_\_\_\_ (firma del dipendente) \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.L. n. 196 del 30 Giugno 2003-Codice in materia di protezione dei dati personali).

Data \_\_\_\_\_ (firma del dipendente) \_\_\_\_\_

**Riservato all'ufficio**

Prot. N. \_\_\_\_\_/FP del \_\_\_\_\_

Giorni fruiti in precedenza: \_\_\_\_\_

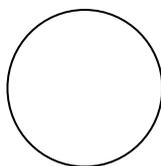
nel corso del corrente a.s.

nell'ultimo triennio

VISTO, si concede con retribuzione

INTERA dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

RIDOTTA dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ perc. retr. \_\_\_\_%



Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Paola Spadoni