

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO "N. STRAMPELLI"  
CASTELRAIMONDO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ in servizio \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

COMUNICA

l'assenza dal lavoro per malattia determinata da terapia invalidante connessa a grave patologia, così come certificata da (specificare il soggetto certificante) \_\_\_\_\_  
per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

RICHIEDE

che tali periodi di malattia siano soggetti ai benefici previsti all'art. 17 c. 9 del CCNL 2007

Si allega (barrare la tipologia):

- 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 dalla struttura sanitaria – Azienda Ospedaliera – Azienda Sanitaria Locale – Struttura Convenzionata)
- 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. 196/2003 (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 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 del trattamento degli stessi da parte del lavoratore comporterà l'impossibilità di riconoscere il presente beneficio.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_