AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'Istituto Comprensivo
di Monticelli D'Ongina

Oggetto : Assenza per motivi di salute (personale di ruolo).

Il/La sottoscritta _____

nato/a a _____ PR. _____ il _____

residente a _____ PR. _____

in via _____ Tel. _____

in servizio nella Scuola materna/elementare/media di _____

in qualità di _____

COMUNICA

ai sensi dell'art. 17 dei C.C.N.L. 24/7/2003 e art. 23 C.C.N.L. 4/8/95 e art. 49 C.C.N.L. 26/5/1999 Comparto Scuola, di assentarsi dal lavoro per motivi di salute

dal _____ al _____

Allega la seguente documentazione :

❏ Certificato medico curante;

❏ _____

Il/La sottoscritto/a fa presente che durante detto periodo di assenza risiederà presso il seguente recapito :

_____ PR _____ via _____

Tel. _____

Data : _____

Firma

_____

N.B. : Per le coniugate indicare anche il nome del marito.
Il dipendente assente per malattia ha diritto alla conservazione del posto per un periodo di 18 mesi. ai fini della maturazione del predetto periodo, si sommano alle assenze dovute all'ultimo episodio morboso, le assenze per malattia verificatesi nel triennio precedente.
Il trattamento economico spettante al dipendente è il seguente : intera retribuzione fissa mensile per i primi nove mesi, 90% della retribuzione per i successivi 3 mesi di assenza, 50% della retribuzione per gli ulteriori 6 mesi.