

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
AL DIRETTORE DEI SERVIZI G.A.
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"L. da Vinci" Castel di Iudica

OGGETTO: COMUNICAZIONE ASSENZA PERSONALE DOCENTE E ATA A. S. _____

_ L _ SOTTOSCRITT _____ IN SERVIZIO PRESSO QUESTO
ISTITUTO CON CONTRATTO A TEMPO _____ IN QUALITA' DI _____;

COMUNICA

AI SENSI DELL'ART.17 DEL CCNL 2006/2009 DI USUFRUIRE DELL'ASSENZA PER MOTIVI DI :

SALUTE VISITA SPECIALISTICA ANALISI CLINICHE
 RICOVERO OSPEDALIERO DAY HOSPITAL GRAVE PATOLOGIA

DAL _____ AL _____ GG. _____;

OPPURE

AI SENSI DELL'ART. 20 DEL CCNL 2006/2009

INFORTUNIO

DAL _____ AL _____ GG. _____;

DICHIARA

INOLTRE, CHE DURANTE IL PERIODO DI ASSENZA _ L _ SOTTOSCRITT _ SARA' REPERIBILE NEL
COMUNE DI _____ (PROV. _____) CON RECAPITO TELEFONICO _____

SI ALLEGA DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA.

Castel di Iudica _____

FIRMA _____

AI SENSI DELLA LEGGE 675/96 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI, ED IN APPLICAZIONE DELL'ART. 23 DEL DECRETO LEGISLATIVO DEL 30 GIUGNO 2003 N. 196 (CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI) E NEL PIENO RISPETTO DEL TITOLO II PER I DIRITTI DELL'INTERESSATO, AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI, RACCOLTI ANCHE CON SISTEMI E PROGRAMMI INFORMATICI, PER LE FINALITA' STRETTAMENTE CONNESSE ALLE FUNZIONI ISTITUZIONALI.

FIRMA _____