

Oggetto: assenza per malattia - visita medica programmata - tempo indeterminato

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

docente

ATA

con contratto a **tempo indeterminato** ed in servizio presso codesto Istituto comunica, in applicazione dell'art. 17 del CCNL 2006-2009 che resterà assente

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per un totale di mesi \_\_\_\_\_ e  
giorni \_\_\_\_\_ per

**malattia** - si allega il certificato medico;

**visita medica programmata** - si allega preventivamente la richiesta di impegnativa e, a posteriori, una dichiarazione di effettivo svolgimento della visita.

Nel periodo della malattia risiederà nella ordinaria residenza, **oppure** presso

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_.

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**Vista** la richiesta di assenza per malattia

**Visto** il certificato medico

***si prende atto dell'assenza***

e si fa presente che:

la durata massima dell'assenza per malattia è di 18 mesi, prorogabile di altri 18, nell'arco di 3 anni (36 mesi);

la retribuzione è per i primi 9 mesi al 100%; per i successivi 3 mesi al 90%; per ulteriori 6 mesi al 50% dello stipendio; nessuna retribuzione per i successivi mesi.

**si richiede la visita fiscale**

**non si richiede la visita fiscale**

Il Dirigente scolastico  
Prof.ssa Nicoletta Ambrosio

data \_\_\_\_\_