

**ISTITUTO COMPRENSIVO VALLE STURA**Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria I°  
MASONE (GE)

data \_\_\_\_\_

prot. n° \_\_\_\_\_ /FP

**AI DIRIGENTE SCOLASTICO**dell' Istituto Comprensivo Valle Stura  
MASONE (GE)

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, in servizio presso questo Istituto in qualità di  Collaboratore Scolastico /  Assistente Amministrativo /  Direttore S.G.A. /  Docente di Scuola  dell'Infanzia /  Primaria /  Secondaria I° a Tempo  Indeterminato /  Determinato

**C H I E D E**

giorni \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ di:

**ASSENZA PER MALATTIA**

(1)

Allega / Si riserva di allegare: certificato medico / documentazione \_\_\_\_\_

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. 445 del 28.12.2000: (2)

Il/la sottoscritto/a è consapevole delle sanzioni previste per coloro che rendono attestazioni false.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

-----  
(1) Indicare se visita specialistica, terapia o esami diagnostici

(2) esempi di autocertificazione: che ..... nato a ..... il ..... residente in ..... , unito al/alla sottoscritto/a dal seguente rapporto di parentela..... , a) è ricoverato presso l'ospedale di ..... e necessita di assistenza da parte dei familiari, b) è deceduto in data .....

-----  
Per il suddetto periodo di assenza per malattia saranno decurtati \_\_\_\_\_ /30 per trattenuta stipendiale L. 133/08.