

COMUNICAZIONE ASSENZE PER RICOVERO OSPEDALIERO

Al Dirigente Scolastico
I.T.C.G. "M. CAPITOLO" – TURSI (MT)

La/Il sottoscritta/onata/o il
in qualità di Sede lavorativa

COMUNICA

l'assenza dal lavoro per malattia determinata da terapia invalidante connessa a RICOVERO OSPEDALIERO e conseguente riabilitazione così come certificata da **(specificare il soggetto certificante)**.....

.....
per il periodo dal al
dal al

RICHIEDE

che tali periodi di malattia siano soggetti ai benefici previsti all'art. 17 comma 9 CCNL 2007 e all'art. 71 comma 1 - Decreto legge 112/2008 convertito Legge 133/2008

Si allega (barrare la tipologia) :

- Certificato di dimissione per ricovero ospedaliero
- 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 al ricovero ospedaliero e alla relativa riabilitazione**

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 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 al trattamento degli stessi da parte del lavoratore comporterà l'impossibilità di riconoscere il presente beneficio

Data _____

Firma _____