

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
PERUGIA 1 "F. MORLACCHI"

Il/La sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

QUALIFICA _____

TELEFONO _____

RAPPORTO DI LAVORO

- TEMPO INDETERMINATO
- TEMPO DETERMINATO
- PART TIME

CHIEDE

di fruire Del seguente periodo di congedo per cure fisioterapiche per i seguenti giorni:

dal _____ al _____,

dal _____ al _____,

dal _____ al _____,

dal _____ al _____,

dal _____ al _____,

dal _____ al _____,

per sottoporsi alle cure di cui al certificato medico.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza delle sanzioni previste dagli artt.483-489-495-

496 del Codice Penale per le dichiarazioni ad atti falsi e mendaci, dichiara che le notizie fornite nella presente istanza

rispondono a verità

DICHIARA

a) Di essere mutilato/a o invalido/a civile, cui è stata riconosciuta una riduzione della capacità lavorativa superiore

al 50%.

b) Di essere a conoscenza che il congedo cure il dipendente ha diritto a percepire il trattamento calcolato secondo

il regime economico delle assenze per malattia e non rientra nel periodo di comporto.

c) Di presentare, al rientro in servizio, la certificazione rilasciata dalla struttura dove sono state effettuate le cure richieste.

A tal fine allega la seguente documentazione obbligatoria

1) certificato rilasciato dal medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale o appartenente ad una struttura

sanitaria pubblica, che individua le cure necessarie e connesse all'infermità invalidante

2) copia del verbale di riconoscimento della riduzione della capacità lavorativa superiore al 50%

IL DICHIARANTE

(luogo e data) (firma per esteso e leggibile)

