

Modello 4

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di
CASTEL SAN GIOVANNI**

OGGETTO: domanda di congedo straordinario per cure.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

domiciliato/a in _____ Via _____ n° _____

Telefono n° _____, in servizio presso l'Istituto Comprensivo di Castel San Giovanni,

Scuola _____ in qualità di _____

con contratto di lavoro **a tempo:** **indeterminato** **determinato**

COMUNICA

che sarà **ASSENTE PER CONGEDO STRAORDINARIO PER CURE** ai sensi del D. Lgs. 119 del

18/07/2011 dal _____ al _____ =gg _____

come da allegato certificato medico, rilasciato dal Dott. _____

ASL di _____ in data _____.

Il/la sottoscritto/a si impegna a presentare a codesto Istituto idonea certificazione rilasciata dalla struttura ospedaliera con l'esatta indicazione dei giorni di trattamento effettuati.

Si allega:

- copia giudizio medico legale definitivo in data _____;
- copia del certificato del medico rilasciato in osservanza della vigente normativa, da cui risulta che il trattamento prescritto è rispondente ad effettive esigenze terapeutiche/riabilitative ed è strettamente correlato allo stato di attuale infermità.

_____ lì _____

Firma