

**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