

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(art.2 della legge 4 gennaio 1968, n.15, art.3, comma 10, L. 15 marzo 1997n. 127, art. 1, DPR 20 ottobre 1998 n.403)  
(art. 46 DPR 445 del 28/12/2000)

sottoscritt  qualifica

in servizio con contratto a tempo  indeterminato  
 determinato

In servizio presso codesto Istituto nel corrente anno scolastico

CHIEDE/COMUNICA alla S.V. di poter usufruire dal  al

per complessivi giorni  di:

- MALATTIA
- RICOVERO OSPEDALIERO
- RICOVERO IN DAY HOSPITAL
- CONVALESCENZA POST RICOVERO
- VISITA MEDICO-SPECIALISTICA/ESAMI DIAGNOSTICI (intera giornata)
- PERMESSO ORARIO RETRIBUITO PER VISITE, TERAPIE O ESAMI DIAGNOSTICI  
( solo A.T.A.)  
dalle ore  alle ore

**DICHIARA INOLTRE**

- che l'indirizzo presso il quale è reperibile durante il periodo di malattia è il seguente:

- che farà pervenire il certificato medico secondo la tempistica prevista dalle norme di legge e contrattuali.

firma\*

CASTROVILLARI, li