



**MINISTERO dell'ISTRUZIONE dell'UNIVERSITA' e della RICERCA**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO I. C. ALES (OR)**

Sede: scuola secondaria di primo grado "DANTE ALIGHIERI"

Via Amsicora, 6. – 09091 **ALES (Oristano)** ; e-mail: **ORIC82100N@istruzione.it**

Tel. - Centr. 0783/91601; - DS 0783/998184; - DSGA 0783/91691 – FAX 0783/998061- cod.m.. ORIC82100N – c.f. 80004790954;

**Al Dirigente scolastico**  
**Dell'Istituto Comprensivo Statale di Ales**

-----

Oggetto: **RICHIESTA MALATTIA PER GRAVE PATOLOGIA E TERAPIA SALVAVITA .**

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente

a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ in servizio presso codesto

Istituto nel plesso di scuola \_\_\_\_\_ in qualità \_\_\_\_\_

con contratto a tempo determinato/indeterminato,

**COMUNICA**

Di astenersi dal servizio per malattia certificata come grave patologia nei seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per gg \_\_\_\_\_

e precisamente per\* (barrare la casella che interessa)

ricovero ospedaliero

day-hospital

terapie certificate totalmente e/o parzialmente invalidanti effettuate in relazione alla grave patologia di cui sopra.

Si allega la sotto indicata documentazione

Certificazione medica di assenza per malattia

Certificazione rilasciata dalla competente A.S.L./ medico di base convenzionato attestante la grave patologia ed i ricoveri o terapie ad esse collegati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_