

**DOMANDA PER L'ATTESTAZIONE DI GRAVE PATOLOGIA**  
**(ART.17 COMMA 9 DEL C.C.N.L. 2003)**  
**(PERSONALE DOCENTI ED ATA)**

ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_ in servizio presso questo istituto in qualità  
di \_\_\_\_\_ a tempo \_\_\_\_\_ nella scuola \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_ ,  
infanzia-primaria-secondaria

- in condizione di grave patologia, accertata dall'Asl di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
 non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati

**DICHIARA**

- che l'assenza dal servizio è necessaria per la terapia, prescritta in sede specialistica, come da documentazione rilasciata dall'Asl di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
 di comunicare i giorni o i periodi di assenza in tempo utile;

Inoltre dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi delle disposizioni di legge contenute nel **d.p.r. n. 445 del 28.12.2000**, che le notizie fornite rispondono al vero e di essere consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali in caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a godere indebitamente i suddetti benefici.

Allega alla presente il certificato rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma

*Ai sensi della legge 675/96 e successive modificazioni, ed in applicazione dell'art. 23 decreto legislativo del 30 giugno 2003 n. 196 (codice in materia di protezione dei dati personali) e nel pieno rispetto del titolo ii per i diritti dell'interessato, autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili, raccolti anche con sistemi e programmi informatici, per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali.*