



Ministero dell'Istruzione e del Merito – Istituto Comprensivo “Ezio Crespi” – VAIC86600x  
Via Comerio 10 Busto Arsizio (VA) Tel. 0331/684288 Fax 0331695999 E-mail [VAIC86600x@istruzione.it](mailto:VAIC86600x@istruzione.it)  
Site: <https://www.comprensivocrespi.edu.it> PEC: [VAIC86600x@pec.istruzione.it](mailto:VAIC86600x@pec.istruzione.it)



	<b>Domanda di assenza per malattia per visite specialistiche personale ATA</b>	Cod. Doc: malattia visite specialistiche Data emissione _____ N°. di revisione _____
--	--	--

Protocollo Prot. n° _____ Pos. _____
--

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto \_\_\_\_\_

**Oggetto: richiesta assenza per malattia per espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici - art. 33 CCNL 2018**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in servizio presso questo Istituto scolastico in qualità di dipendente ATA a tempo indeterminato/determinato con qualifica di \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di assentarsi, per malattia, ai sensi dell' art. 33 del CCNL 2018

per l'intera giornata del \_\_\_\_\_

per effettuazione di:

visita specialistica     terapia     prestazione specialistica     esame diagnostico

Dichiara che trattasi di:

concomitanza con situazione di incapacità lavorativa ( comma 11 art. 33)

incapacità lavorativa determinata dalle caratteristiche di esecuzione ed impegno organico della visita/accertamento/terapia ( comma 12 art. 33)

terapia comportante incapacità lavorativa ( comma 14 art. 33)

Si allega:



Ministero dell'Istruzione e del Merito – **Istituto Comprensivo “Ezio Crespi” – VAIC86600x**  
Via Comerio 10 Busto Arsizio (VA) Tel. 0331/684288 Fax 0331695999 E-mail [VAIC86600x@istruzione.it](mailto:VAIC86600x@istruzione.it)  
Sito: <https://www.comprensivocrespi.edu.it> PEC: [VAIC86600x@pec.istruzione.it](mailto:VAIC86600x@pec.istruzione.it)



- attestazione, anche in ordine all'orario, di svolgimento della visita/prestazione ( per le ipotesi di cui ai commi 11 e 12)<sup>12</sup>
- certificazione, anche cartacea, attestante la necessità del trattamento sanitario comportante incapacità lavorativa con impegno a consegnare le singole attestazioni di presenza dalle quali risulta l'effettuazione delle terapie nonché il fatto che la prestazione è somministrata nell'ambito del ciclo di terapie prescritto dal medico ( per l'ipotesi di cui al comma 14).

Distinti saluti

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Firma Dipendente

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Nell'ipotesi di assenza ai sensi del comma 12 dell'art. 33 l'attestazione deve recare anche l'indicazione della conseguente incapacità lavorativa ( cfr O.A. ARAN 8 novembre 2018)

<sup>2</sup> L'attestazione è inoltrata all'amministrazione dal dipendente oppure è trasmessa direttamente a quest'ultima, anche per via telematica, a cura del medico o della struttura. ( art. 33 comma 9)