Al Dirigente scolastico

 dell’I.I.S. “San Benedetto”

 SEDE

 Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alla via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dipendente di ruolo in qualità di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° partita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

 di assentarsi dal lavoro per gg. \_\_\_\_\_ (massimo quindici giorni all’anno, anche consecutivi) a partire dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per sottoporsi a cure elioterapiche climatiche, psammoterapiche.

 A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

il/la sottoscritto/a

**DICHIARA**

di essere :

􀀀 A)invalido/a per causa di guerra

 􀀀 B)invalido/a di servizio e del lavoro

 􀀀 C)cieco/a,sordomuto/a

􀀀 D)invalido/a civile con invalidità superiori ai due terzi

 􀀀 E)di non rientrare nelle categorie di cui sopra

 A tal fine allega la seguente documentazione:

􀀀 (solo per le categorie da A a D) certificazione comprovante lo stato dichiarato o dichiarazione che questa sia già in possesso dell’Ufficio in indirizzo;

 􀀀 **certificato medico di prescrizione delle cure, obbligatoriamente redatto da uno specialista del S.S.N. (A.S.L.), che contenga le seguenti indicazioni**:

1. esistenza di un’affezione o stato patologico che rende il dipendente temporaneamente inidoneo al servizio;
2. necessità,quale fattore determinante, anche in associazione con altri mezzi di cura,di un trattamento termale per la sua risoluzione;
3. che le cure, per essere efficaci, devono essere effettuate con tempestività e non possono essere differite e che quindi devono essere effettuate fuori dai periodi di ferie e /o di congedo ordinario;
4. che la patologia per la quale è prescritto il trattamento termale rientra tra quelle individuate dal Decreto Ministeriale n. 278/2000.

 Il/La sottoscritto/a è consapevole che:

 􀀀 è soggetto/a alle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia qualora rilasci dichiarazioni mendaci, formi o faccia uso di atti falsi od esibisca atti contenenti dati non più rispondenti a verità (art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445);

 􀀀 decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera qualora dal controllo effettuato dall’Amministrazione emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione (artt. 71 e 75 D.P.R. 28.12.2000, n. 445).

SI IMPEGNA

a presentare, al rientro in servizio, idonea certificazione rilasciata dalla struttura dove si sono effettuate le cure richieste.Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il/La dipendente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\*)

(\*) Da sottoscrivere in presenza del dipendente addetto oppure sottoscrivere e allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. In caso di documento non più valido, il dipendente deve dichiarare, nella fotocopia dello stesso, che i dati in esso contenuti non hanno subito variazioni dalla data di rilascio. (art. 38 DPR 445/00).

INFORMATIVA AI SENSI DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (articolo 13 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modificazioni) I dati sopra riportati sono acquisiti esclusivamente al fine della concessione dei permessi richiesti e verranno utilizzati, con modalità anche automatizzate, solo per tale scopo ai sensi D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003; il conferimento dei dati è obbligatorio ed il rifiuto di fornire gli stessi comporta l’impossibilità di dare corso a quanto richiesto. Il titolare del trattamento dei dati è la scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_;

il/la responsabile del Trattamento è il/la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

I dati verranno comunicati ad altri soggetti pubblici solo nei casi previsti dalla vigente normativa. L’interessato ha diritto di ottenere l’aggiornamento, la rettificazione, l’integrazione dei dati e la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dai dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali. In caso di opposizione, si cesserà di dar corso al beneficio richiesto.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per presa visione, il/la dichiarante, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto Il Dirigente scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_