

**Al Dirigente Scolastico  
dell'ICS Garibaldi Montalcini  
Vairano Patenora**

**Oggetto: Comunicazione assenza per malattia e/o infortunio, con dichiarazione di infortunio  
causato da terzi**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_,  
in servizio presso codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

ai sensi dell'art. 17 del C.C.N.L. Scuola del 29/11/2007, di assentarsi dal servizio per motivi di  
salute dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ compresi.

A tal fine dichiara che, durante il periodo di malattia, è domiciliato a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

Allega certificazione medica con la sola prognosi.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dipendente  
\_\_\_\_\_

In riferimento a quanto disposto dall'art. 17 comma 17 del C.C.N.L. Scuola 29/11/2007, il/la  
sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, a conoscenza delle conseguenze derivanti da dichiarazione falsa,

- che l'assenza è **dovuta** ad infortunio causato da terzi responsabili.
- che l'assenza **non è dovuta** ad infortunio causato da terzi responsabili.

Al fine di consentire all'Amministrazione di esercitare il diritto di rivalsa per ottenere il  
risarcimento del danno emergente subito, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ si  
impegna a fornire alla scuola, **entro 30 giorni** dalla data odierna, ogni informazione utile circa le  
circostanze e la dinamica dell'evento(\*), il nominativo del responsabile e i dati dell'assicurazione  
vincolata in via solidale con lo stesso.

Firma del dipendente  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\*All'istanza potrà essere allegata copia del modulo di constatazione amichevole o copia del verbale redatto dalle Forze dell'Ordine intervenute, che normalmente riporta anche le dinamiche e gli eventuali testimoni.