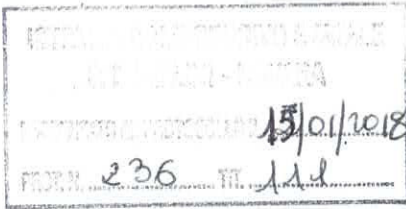


Decreto 237/15/01



Alla DIRIGENTE  
dell'Istituto Comprensivo Statale BELLINI  
di Novara

Oggetto: assenze personale A.T.A.

Il/La sottoscritto/a Sig. RAHO GIUSEPPA in servizio presso questo

Istituto in qualità di CALL. PSICOPEDAGOGICO assunto/a a

- tempo indeterminato
- tempo determinato

chiede

di fruire, ai sensi del vigente CCNL, di giorni 16 dal 12/01/2018 al 27/01/2018

- ◆ di permesso per
  - concorsi o esami
  - lutto
  - motivi personali (vedi autocertificazione allegata)
  - matrimonio
  - legge 104/92
- ◆ di esonero dal servizio per
  - aggiornamento
- ◆ di assenza per
  - malattia - DAY HOSPITAL - CONVALESCENZA POST-RICOVERO
- ◆ di aspettativa per
  - famiglia
  - studio

Il/La richiedente dichiara che:

- ❖ nel periodo sopra indicato, sarà reperibile presso
  - la propria residenza
  - questo indirizzo: .....
- ❖ altro: .....

OK

Novara, .....

Raho Giuseppe  
(firma)

|  |           |             |                                  |  |  |
|--|-----------|-------------|----------------------------------|--|--|
| Certificato di malattia telematico   |           |             | Copia cartacea per il lavoratore |  |  |
| Numero di protocollo univoco del certificato (PUC)                                   | 198988400 | Data visita | 12/01/2018                       |  |  |
| Rettifica del certificato (Numero di protocollo univoco del certificato rettificato) |           |             |                                  |  |  |

|                        |  |                |     |  |     |                           |  |
|------------------------|--|----------------|-----|--|-----|---------------------------|--|
| <b>DATI DEL MEDICO</b> |  |                |     |  |     |                           |  |
| Cognome e nome         | LEIGHEB MASSIMILIANO ENRICO                    | Codice Regione | 010 | Codice ASL/AO                                  | 905 | Codice struttura ricovero |  |
| Opera nel ruolo di:    | Medico SSN <input checked="" type="checkbox"/> |                |     | Libero professionista <input type="checkbox"/> |     |                           |  |

|   |   |  |   |  |            |
|---|---|--|---|--|------------|
| <b>DATI PROGNOSI</b>  |   |  |   |  |            |
| Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal   |   | 12/01/2018                             | Viene assegnata prognosi clinica a tutto il |  | 27/01/2018 |
| Il lavoratore dichiara di aver completato la propria attività lavorativa alla data di visita <input type="checkbox"/> |   |  |   |  |            |
| Trattasi di:  | Inizio <input checked="" type="checkbox"/>        | Continuazione <input type="checkbox"/> | Ricaduta <input type="checkbox"/>           |  |            |
| Visita:   | Ambulatoriale <input checked="" type="checkbox"/> |  | Domiciliare <input type="checkbox"/>        | Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> |            |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>DATI DIAGNOSI</b>  |  |   |
| Cod. Nosologico   |  | La malattia è dovuta ad evento traumatico <input type="checkbox"/>                                      |
| Note di diagnosi  | operata alla mano  |   |
| Patologia grave che richiede terapia salvavita <input type="checkbox"/> | Malattia per la quale è stata riconosciuta la causa di servizio <input type="checkbox"/> | Stato patologico sotteso o connesso alla situazione di invalidità riconosciuta <input type="checkbox"/> |

|                            |            |                           |          |           |                  |
|----------------------------|------------|---------------------------|----------|-----------|------------------|
| <b>DATI DEL LAVORATORE</b> |            |                           |          |           |                  |
| <i>ANAGRAFICI</i>          |            |                           |          |           |                  |
| Cognome                    | RAHO       | Nome                      | GIUSEPPA | C.F.      | RHAGPP55A68F893U |
| Nato/a il                  | 28/01/1955 | a (Comune o Stato estero) | NICOTERA | Provincia | CZ               |

|  |                          |     |       |           |    |
|--|--------------------------|-----|-------|-----------|----|
| <i>RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE (dati dichiarati dal lavoratore)</i> |                          |     |       |           |    |
| In via/piazza  | VITTIME STRAGE DI BOOGNA |     |       | n.        | 2  |
| Comune   | NOVARA                   | CAP | 28100 | Provincia | NO |

|   |  |     |  |           |  |
|---|--|-----|--|-----------|--|
| <i>REPERIBILITA' DURANTE LA MALATTIA (dati dichiarati dal lavoratore - da indicare solo se diversi da quelli di residenza o domicilio abituale riportati sopra)</i> |  |     |  |           |  |
| Nominativo indicato presso l'abitazione (se diverso dal proprio)  |  |     |  |           |  |
| In via/piazza   |  |     |  | n.        |  |
| Comune  |  | CAP |  | Provincia |  |

Rilasciato ai sensi del DPCM 26 marzo 2008 e del Dlgs n. 150/2009