ACCADEMIA
DI BELLE ARTI
MACERATA

AL DIRETTORE
ACCADEMIA DI BELLE ARTI
MACERATA

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ in servizio presso questa Accademia di Belle Arti di Macerata in qualità di:

☐ Docente con incarico: ☐ T.I. ☐ T.D.A. ☐ T.D.

dell'insegnamento di: _____

A. COMUNICA, ai sensi degli artt.11 e 13 del CCNL di comparto, che sarà assente per malattia nei giorni di seguito indicati:

DAL _____ AL _____ GG N° _____

B. CHIEDE, ai sensi della nota del Ministero della Salute prot.n. 14368/2015, ex art. 55 *septies* comma 5*ter* del D. Lgs. n. 165/2001, che gli/le vengano concessi GG N. _____ per:

☐ visite ☐ terapie ☐ prestazioni specialistiche ☐ esami diagnostici

come di seguito indicato:

DAL _____ AL _____ e DAL _____AL _____

Il/la sottoscritto/a comunica che durante il periodo dell'assenza sarà reperibile al seguente indirizzo, se non coincide con la residenza:

Via/piazza_____ n._____ tel._____ CAP_____

città_____ Provincia di _____

A.S.L. di competenza _____ Tel. _____

Documentazione allegata:

☐ Certificato medico / certificato di ricovero ospedaliero

☐ Certificato valido ai sensi dell'art. 55 *septies* comma 5*ter* del D. Lgs. 165/2001

☐ Altro: _____

Macerata, lì _____ firma _____

Spazio riservato alla segreteria amministrativa:

¿ ***Richiesta visita fiscale (A)*** ***(art. 16 L. 111/11)*** ¿ Favorevole perché ritenuto opportuno ¿ Non favorevole perché ritenuto opportuno

¿ ***Autorizzazione (B)*** ¿ Favorevole ¿ Non favorevole: _____

IL DIRETTORE
prof. Piergiorgio CAPPARUCCI