

Al Dirigente Scolastico - Rettore
dell'I.S.I.S.S. Magarotto con Convitto annesso

Il/la sottoscritto/a

nato/a a (prov.) il

residente a via , in servizio presso

codesto Istituto in qualità di , in riferimento a quanto disposto
dall'Art. 17 del C.C.N.L. Scuola del 29/11/2007, dichiara sotto la propria responsabilità a conoscenza
delle conseguenze derivanti da dichiarazione falsa, che negli ultimi 24 mesi

Non si è assentato dal lavoro per un infortunio causato da terzi.

Si è assentato dal lavoro per un infortunio causato da terzi (*).

Periodo di riferimento dell'Infortunio (*)

Anno Mese

Al fine di consentire all'Amministrazione di esercitare il diritto di rivalsa per ottenere il risarcimento, il
sottoscritto si
impegna a fornire alla scuola, entro 10 gg. dalla data odierna, ogni informazione utile circa la dinamica
dell'evento, il nominativo del responsabile e dell'assicurazione vincolata in via solidale con lo stesso.

(*) Voce da compilare solo se si è verificato l'evento.

*Le informazioni sul trattamento dei suoi dati personali esercitato dall'Istituto e le modalità per l'esercizio dei suoi
diritti sono disponibili all'indirizzo: <https://www.isiss-magarotto.edu.it/privacy.html>*

, li / /
(data)

Firma del dipendente