**Al Dirigente Scolastico**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato 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.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_