

Modello M1

COMUNICAZIONE ASSENZA IMPREVISTA

Valido 12/02/2018_Aggiornato al D.M. n. 206/2017

(tutti i campi sono obbligatori)

Il/La dipendente _____ Matr. _____

in servizio presso _____ in qualità di _____

ha comunicato di non poter assumere servizio il giorno _____

nel turno previsto: mattina, pomeriggio, notte, per il seguente motivo:

MALATTIA ORDINARIA; MALATTIA PER VISITE, TERAPIE, PREST. SPEC.CHE, ESAMI DIAGN.

MALATTIA CHE ESCLUDE DECURTAZIONE STIPENDIALE E/O OBBLIGO DI REPERIBILITA' DOMICILIARE (terapia salvavita; infortunio sul lavoro; malattia per causa di servizio ascritta alle prime tre categorie Tab. A ovvero alla Tab. E; patologia sottesa o connessa a invalidità riconosciuta pari a superiore al 67%).

ALTRO _____

Il/La dipendente medesimo/a ha comunicato che durante la malattia sarà reperibile presso il seguente indirizzo già comunicato al Medico curante e dallo stesso riportato sul certificato telematico:

Via _____, n. _____

Città _____ cap _____

Ricevuto da _____ qualifica _____

il giorno _____ alle ore _____ dando atto che provvederà a consegnare tempestivamente la presente comunicazione al Responsabile di afferenza del dipendente.

Firma di chi ha ricevuto la comunicazione _____

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA DI AFFERENZA DEL DIPENDENTE, avendo valutato la condotta complessiva del dipendente medesimo e tenendo conto dell'esigenza di contrastare e prevenire l'assenteismo, considerando che le visite mediche di controllo (VMC) dall'01/09/2017 vengono svolte dall'INPS "Polo unico per le visite fiscali" d'ufficio o su richiesta delle Pubbliche amministrazioni in qualità di datori di lavoro, chiede:

di disporre il controllo domiciliare del dipendente

da effettuarsi il giorno _____, nella fascia oraria: antimeridiana; pomeridiana.

N.B.: L'INPS informa che quest'ultima opzione comporta la rigidità nello svolgimento della visita e che, pertanto, nel caso in cui non fosse possibile rispettare la fascia oraria, la richiesta resterà inevasa.

Si dà atto di trasmettere immediatamente, tramite fax, il presente modulo all'Ufficio Rilevazione Presenze territoriale.

Data _____ Timbro e firma del Responsabile _____

Spazio riservato all' Ufficio Centrale Rilevazione Presenze

La presente comunicazione viene archiviata; Si è provveduto ad inoltrare all'INPS la VMC richiesta.

Data, _____ Firma dell'Operatore Rilpres _____