

OGGETTO: ACCERTAMENTI CLINICI E VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE

 sottoscritt_____ nat_____ a_____ il_____
 in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità_____ con
 contratto di lavoro a tempo indeterminato/determinato,

comunica:

di doversi astenere dal lavoro ne.... giorn.... , dalle ore.....alle ore.....
 dovendo effettuare accertamenti clinici/visita specialistica, (1) come da certificato,
 che si allega, rilasciato da.....
 (medico curante/impegnativa Asl/altro)* * in data.....

Necessita, pertanto, di

- n°..... ore di permesso
- di un giorno di malattia per visita specialistica (se l'assenza supera la metà dell'orario giornaliero di servizio)

 sottoscritt_____

dichiara:

che tale visita/accertamenti clinici (1) è urgente e che non era possibile spostarla in un orario diverso.

 sottoscritt_____ produrrà, al rientro, certificato attestante la data e l'orario di avvenuta effettuazione dei "controlli".

Pagani ,li.....

Firma

.....

(1)Cancellare l' ipotesi che non ricorre

** Al terzo evento la visita specialistica effettuata presso struttura privata deve essere prescritta da una struttura pubblica o da un medico convenzionato con il S.S.N.

VISTO E

SI CONCEDE

NON SI CONCEDE

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. Dr. Alfonso Fezza)