

OGGETTO : Assenza per visita medica, prestazione specialistica, accertamenti diagnostici

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio in codesto Istituto in
qualità di docente / personale ATA con contratto di lavoro a tempo _____

COMUNICA

ai sensi dell'Art. 17 del vigente C.C.N.L. del Comparto Scuola che nel/i giorno/i dal _____
al _____ si troverebbe nell'impedimento di prestare servizio per motivi di salute.

A documentazione di quanto sopra, il/la sottoscritto/a esibisce:

- la certificazione del medico di famiglia da cui risulta la prescrizione presso una struttura sanitaria:
- di visita clinica specialistica alle ore _____ presso _____
- di accertamento diagnostico alle ore _____ presso _____
- di prestazione terapeutica specialistica alle ore _____ presso _____
- l'attestazione rilasciata dalla struttura sanitaria da cui risultano il giorno e l'ora fissati per la prestazione richiesta;
- si riserva di produrre, in alternativa a tale attestazione:
- la certificazione rilasciata dalla stessa struttura sanitaria attestante il giorno e l'ora in cui tale prestazione è avvenuta.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che tale/i prestazione/i non poteva/no essere effettuata/e al di fuori dell'orario di servizio e chiede per tale assenza il trattamento previsto dall'art.17 del vigente C.C.N.L. per le assenze per malattia.

Pagani , _____

FIRMA

Visto,

- si riconosce l'assenza per malattia
- non si riconosce l'assenza per malattia
- si richiede la seguente ulteriore documentazione

.....
.....

Pagani, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. Alfonso FEZZA)