



Istituto Comprensivo Statale "N. SAURO"
Via Gibelli, 2 - 18100 IMPERIA
(tel. 0183/293440)

Oggetto: Domanda di assenza per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici

L_ sottoscritt _____ in servizio presso
questo istituto in qualità di _____ a tempo determinato / indeterminato

CHIEDE

di poter fruire di gg. _____ dal _____ al _____ ASSENZA PER MALATTIA per
VISITA SPECIALISTICA _____ dalle ore _____ alle ore _____ nel seguente
luogo _____

DICHIARA

che il proprio indirizzo di reperibilità ai fini della visita medico fiscale è il seguente:

Si produrrà l'attestazione rilasciata dalla struttura sanitaria in cui risulti il giorno e l'ora di inizio e di fine degli esami o accertamenti.

La richiesta deve pervenire all'Ufficio di segreteria non appena l'interessat___ è a conoscenza dell'appuntamento.

Imperia, _____

Firma del richiedente

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

La presente è pervenuta in data _____ prot. n. _____

Il dipendente ha già fruito di complessivi n. _____ giorni di malattia nel corso del corrente anno / triennio

Certificazione medica allegata: _____

Il DSGA Barbara MASTROCICCO

ANNOTAZIONI DEL CAPO D'ISTITUTO

Visto: Si concede

Non si concede

Si prende atto

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott. Giovanni Battista SIFFREDI)