

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO : Richiesta di permesso per visite, terapie, prestazioni specialistiche ed esami diagnostici.

I_/I_ sottoscritt_ _____ in servizio nell'a.s.
_____/____ presso codesto Istituto in qualità di :

- Docente
- Direttore SGA
- Assistente Amministrativo
- Collaboratore Scolastico
-

In ottemperanza a quanto prescritto dal D.Leg.vo 165/2001, art.55 septies, comma 5, modificato dalla Legge 125/2013

CHIEDE

Di potersi assentare il giorno _____ per prestazioni sanitarie.

L'orario dell'assenza, presumibilmente compreso tra le ore _____ e le ore _____ (compresi i tempi di percorrenza e di eventuale attesa), verrà definito dall'attestazione del medico/struttura sanitaria, che si allegherà o verrà trasmessa via posta elettronica dopo la prestazione.

A tal fine chiede di usufruire di :

- Permesso breve soggetto a recupero;
- Permesso per documentati motivi personale (3 gg. per anno scolastico);
- Assenza per malattia (giustificata mediante certificazione rilasciata dal medico curante attestante la situazione di incapacità lavorativa);
- Ferie

_____, li _____

In Fede

VISTO:

- Si riconosce: _____
- Non si riconosce l'assenza per malattia
- Si richiede la seguente ulteriore documentazione _____

_____, li ____/____/____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Paolo Ligresti