

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C. " FRANCESCO SEVERI"

CRISPIANO

Oggetto: permesso per visita medica o accertamenti diagnostici – Personale ATA

Il/la sottoscritto/a nato/a a

il in servizio nel corrente anno scolastico / con la qualifica di

a tempo determinato indeterminato

CHIEDE

(Ai sensi dell'art. 33, del C.C.N.L. del 18/04/2018)

di **assentarsi**, per sottoporsi a:

- visita medica
- prestazione specialistica
- accertamento diagnostico

PRESSO LA STRUTTURA:

Denominazione e luogo

nel giorno: (N.B. se l'assenza copre l'intera giornata lavorativa, il trattamento economico viene sottoposto alla medesima decurtazione prevista dalla vigente legislazione, per i primi 10 giorni di ogni periodo di assenza per malattia)

oppure dalle ore **alle ore** **del giorno**

per complessive ore:
in cifre in lettere

Si riserva di produrre la certificazione, rilasciata dalla struttura sanitaria, attestante l'avvenuta prestazione

Crispiano,

F.to

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 D.Lgs n. 39/1993

Pervenuta in data ___/___/___

Protocollata al N. ___/___

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Sabrina Lepraro