MODULO RICHIESTA DI PERMESSO PER VISITA SPECIALISTICA / ESAME DIAGNOSTICO

Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo “Campagnano”

\_l\_ sottoscritt

In servizio presso: sede di Campagnano sede di Mazzano Romano

in qualità di: docente – posto comune docente – sostegno ATA

con contratto a tempo: determinato indeterminato

ordine di scuola: infanzia primaria secondaria

dovrà effettuare una visita specialistica / accertamento diagnostico il giorno

dalle ore alle ore

presso la struttura:

sita in

Per quel giorno il proprio orario di servizio è:

\_l\_ sottoscritt chiede pertanto di poter fruire di: assenza per malattia per visita specialistica

permesso breve (ART. 16 ccnl) dalle ore alle ore

\_l\_ sottoscritt dichiara che non è possibile effettuare la visita o l’accertamento diagnostico in orario compatibile con l’orario di servizio.

 \_l\_ sottoscritt dichiara che la visita ha carattere di urgenza in quanto

e pertanto non è stato possibile richiederla con i 7 giorni d’anticipo previsti dalla circolare del Dirigente Scolastico prot. 3609 del 2 ottobre 2017.

Campagnano,

Firma

Il Dirigente Scolastico \_

autorizza

non autorizza