Spazio riservato all'Ufficio ICC21

Data di arrivo _____
Data di protocollo _____
Prot. n. _____ /_____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
I.C. Castelvetro di Modena

OGGETTO: domanda di assenza per visite, terapie, prestazioni specialistiche, esami diagnostici

Il/la sottoscritto/a_____

in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ presso la scuola _____ con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)

comunica

la propria assenza il giorno _____ per visite, terapie, prestazioni specialistiche**,** esami diagnostici

per tale motivo, chiede di usufruire di

- permesso retribuito per motivi personali *(ai sensi dell'art. 15 comma 2 del C.C.N.L. 2006/2009)*
- permesso breve *(ai sensi dell'art. 16 del C.C.N.L. 2006/2009)*
- malattia *(come da certificato medico)*

A giustificazione del permesso richiesto si riserva di produrre:

- attestazione di presenza sottoscritta dal medico specialista e/o dalla struttura sanitaria attestante giorno, orario di entrata e orario di uscita della prestazione
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio redatta ai sensi dell'art 47 del D.P.R. 445/2000 *(rispetto alla quale l'amministrazione procederà ai controlli ex art. 71 del D.P.R. 445/2000)*

Castelvetro, _____

In fede

_____

^^

Vista la domanda,

- si concede
- non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Christine Cavallari