

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_,\_\_\_\_\_, in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato (cancellare la voce che non interessa)

**COMUNICA**

n. \_\_giorn\_\_ di assenza per malattia (ai sensi della C.M. 301 del 27/06/96) per effettuare visita specialistica presso \_\_\_\_\_  
per i \_\_giorn\_\_ \_\_\_\_\_.

In base all'art.76 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità di legge in caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci, dichiara:

- a) che è stato possibile prenotare solo in orario antimeridiano in coincidenza con l'orario di lavoro;
- b) che non è stato possibile prenotare nel giorno libero e/o in orario pomeridiano;
- c) che la prenotazione è prevista per le ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ che osserva il seguente orario \_\_\_\_\_

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_ si impegna a comunicare qualsiasi variazione della prenotazione e a consegnare la certificazione del medico curante per l'attestazione della/e giornate di cura e di riposo, nonché la certificazione della struttura sanitaria con l'indicazione dell'ora in cui è avvenuta la prestazione.

La Dirigenza si riserva il diritto di chiedere la certificazione da parte dell'Ente che non è stato possibile prenotare al di fuori delle ore di servizio.

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_ è a conoscenza dell'art.17 del CCNL/2006-09.

VISTO:  SI CONCEDE  
 NON CONCEDE

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
prof. Pasquale MOREA