

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