

OGGETTO: COMUNICAZIONE DI ASSENZA PER VISITE, TERAPIE, PRESTAZIONI SPECIALISTICHE,
ESAMI DIAGNOSTICI (ART. 15, 16, 17 E 19 CCNL 2006-09)

__ I __ sottoscritt __ _____, nat __ a _____

(prov. ____) il __/__/____ e residente a _____ (prov. ____), in via

_____, n° _____, tel _____ in servizio presso il plesso:

Centrale Fasani Cappuccini

di questa Istituzione Scolastica, in qualità di:

Docente Infanzia

Tempo Indeterminato Tempo Determinato

Docente Primaria

Docente Secondaria I Grado

ATA

Comunica

la propria assenza per il giorno __/__/____ per il seguente motivo:

visita specialistica

accertamento diagnostico

prestazione terapeutica specialistica

come da

allegata certificazione del medico curante

autocertificazione

Chiede, allo scopo, di usufruire di:

permesso breve

permesso retribuito

ferie

malattia

Ai fini dell'imputazione dell'assenza a malattia, dichiara sotto la propria responsabilità che tale prestazione non poteva essere effettuata al di fuori dell'orario di servizio.

Allega, al riguardo:

attestazione della struttura sanitaria, dalla quale risultano il giorno e l'ora fissati.

In alternativa, si riserva di produrre:

certificazione della struttura sanitaria attestante giorno e ora della prestazione.

Lucera,..../

Firma