ISTITUTO COMPRENSIVO
VIA AGNESI - DESIO

Data _____/_____/_____

Prot.n°_____ Tit._____

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo Via Agnesi
DESIO

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

__l__ sottoscritt__ _____

Nat__ a _____ Prov. (____) il _____

in servizio, in qualità di _____, con contratto di lavoro a tempo determinato/indeterminato, presso la scuola _____

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 co. 2 del C.C.N.L. 2006/2009)*

☐ permesso breve *(ai sensi dell'art. 16 del C.C.N.L. 2006/2009)*

☐ malattia per concomitanza con situazione di incapacità lavorativa *(come da certificato medico)*

☐ altro _____

(es. ore prestate in eccedenza rispetto al proprio orario di servizio)

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 e ad eventuali segnalazioni all'autorità giudiziaria penale e all'accertamento della responsabilità disciplinare in caso di dichiarazioni mendaci ex art. 76 del citato decreto)*

Desio, _____

In fede

_____

^^^