

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO  
DI LEONESSA

Oggetto: Assenza per visita medica, prestazione specialistica, accertamenti diagnostici (CM n 301 del 27/06/96).

Il/la sottoscritt\_ \_\_\_\_\_, in servizio in codesto Istituto in qualità di \_\_\_\_\_, con contratto di lavoro a tempo determinato/indeterminato:

COMUNICA

Ai sensi dell'art. 17/19 del vigente C.C.N.L. del Comparto Scuola che dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ si trova nell'impedimento di prestare servizio per:

accertamenti clinici                       visita medica                       prestazioni specialistiche.

A documentazione di quanto sopra, il/la sottoscritt\_ si riserva di esibire la certificazione rilasciata dalla stessa struttura sanitaria in cui si è effettuato quanto richiesto attestante il giorno e l'ora in cui tale prestazione è avvenuta.

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000 consapevole delle conseguenze previste dall'art 489 del codice penale che tali prestazioni non potevano essere effettuate al di fuori dell'orario di servizio e chiede, per tale assenza, il trattamento previsto dall'art 19 del vigente C.C.N.L. per le assenze per malattia.

Leonessa, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_