

Mod. 2

Al Dirigente Scolastico dell' I. C. di Bosco Chiesanuova

Oggetto: permesso per visita medica, accertamento diagnostico, prestazione specialistica, sessione di terapie - .

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

qualifica

Scuola Plesso

Con rapporto di impiego a

Comunica la propria assenza per il giorno

Per

dalle ore¹ alle ore Presso² Telefono

<input type="text"/>				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Sessione di terapie dal al

Il/la sottoscritto/a

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000

DICHIARA

ai sensi della Circ. n. 301 del 1996, che la prestazione non può assolutamente essere effettuata in giorni ed ore compatibili con il proprio orario di servizio.

Il sottoscritto recapiterà la certificazione rilasciata da chi ha erogato la prestazione.

data

Firma :

¹ Indicare l'orario certo o presunto di inizio e fine prestazione.

² Per consentire il controllo da parte dell'amministrazione sul fatto che non sia dimostratamente possibile effettuare la prestazione al di fuori dell'orario di servizio bisogna indicare chiaramente dove avverrà la prestazione ed il recapito telefonico presso cui è stata effettuata la prenotazione.