

OGGETTO : *Assenza per visita medica, prestazione specialistica, accertamenti diagnostici*
(C.M. n. 301 del 27/6/96)

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio
presso questa scuola in qualità di _____ con contratto di
lavoro a tempo _____

COMUNICA

ai sensi dell'Art. 19 del vigente C.C.N.L. del Comparto Scuola che nel/i giorno/i
dal _____ al _____ si troverebbe nell'impedimento di prestare servizio per
motivi di salute.

A documentazione di quanto sopra, il/la sottoscritto/a esibisce:

**la certificazione del medico di famiglia da cui risulta la prescrizione presso
una struttura sanitaria:**

- di visita clinica specialistica
- di accertamento diagnostico
- di prestazione terapeutica specialistica

Chiede, allo scopo, di usufruire di:

- permesso breve
- permesso retribuito
- ferie
- malattia

Ai fini dell'imputazione dell'assenza a malattia ai sensi del trattamento previsto dall'art.
19 del vigente C.C.N.L.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi della L. 127 del 15/5/97 modificata e integrata
dalla L. 191 del 16/6/98 consapevole delle conseguenze previste dall' Art. 489 del
codice penale che tale/i prestazione/i non poteva/no essere effettuata/e al di fuori
dell'orario di servizio.

Allega al riguardo:

- l'attestazione rilasciata dalla struttura sanitaria da cui risultano il giorno e l'ora
fissati per la prestazione richiesta;
- certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria da cui risultano il giorno e l'ora
fissati per la prestazione richiesta.

Napoli, _____

Firma _____

Visto,

- si riconosce l'assenza per malattia
- non si riconosce l'assenza per malattia
- si richiede la seguente ulteriore documentazione

Napoli, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Carmine Negro