

OGGETTO: Assenza per visita medica, prestazione specialistica, accertamenti diagnostici.

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio in
codesto Istituto in qualità di _____ con contratto di lavoro a
tempo determinato/indeterminato: **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 alle ore _____ presso _____
 - di accertamento diagnostico alle ore _____ presso _____
 - di prestazione terapeutica specialistica alle ore _____ presso _____
- l'attestazione rilasciata dalla struttura sanitaria da cui risultano il giorno e l'ora fissati per la prestazione richiesta;
- si riserva di produrre, in alternativa a tale attestazione:
 - la certificazione rilasciata dalla stessa struttura sanitaria attestante il giorno e l'ora in cui tale prestazione è avvenuta, dichiarando che l'accertamento e/o la visita è fissato alle ore _____ presso _____;
- Richiesta del medico curante attestante l'urgenza dell'accertamento e/o della visita.

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità che tale/i prestazione/i non poteva/no essere effettuata/e al di fuori dell'orario di servizio e chiede per tale assenza il trattamento previsto dall'art. 19 del vigente CCNL per le assenze per malattia.

S. Egidio del Monte Albino, _____
Firma

Visto,

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

S. Egidio del Monte Albino, _____
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Angelo De Maio