ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
" A. D'Avino"
80040 via Monte STRIANO (NA)
Tel 081 8277140 Fax 081 8654746
Posta elettronica naic855005@istruzione.it
P.E.C. naic855005@pec.istruzione.it
http://www.istitutodavinostriano.edu.it

TRINITY COLLEGE LONDON
Registered Examination Centre 5555

Prot.n°....

Striano, .../..../.....

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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

Il/La sottoscritto/a _____in servizio presso questa scuola in qualità di_____con contratto di lavoro a tempo

comunica la propria assenza per il giorno_____per il seguente motivo:

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

come da allegata certificazione del medico curante, riservandosi di esibire certificazione della struttura sanitaria attestante ora e giorno fissati per la prestazione richiesta.

Chiede, allo scopo, di usufruire di :

- ☐ permesso breve
- ☐ permesso retribuito
- ☐ malattia

Ai fini dell'imputazione dell'assenza a malattia, **dichiara** sotto la propria responsabilità che tale prestazione non poteva essere effettuata al di fuori dell'orario di servizio.

Allega, al riguardo,

- ☐ attestazione della struttura sanitaria, dalla quale risultano il giorno e l'ora fissati

In alternativa, si riserva di produrre:

- ☐ certificazione della struttura sanitaria attestante giorno e ora della prestazione.

Data_____ Firma

Visto

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

Striano,_____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Fortunata SALERNO