

Al Dirigente Scolastico  
Istituto comprensivo  
del Vergante

OGGETTO: Richiesta di astensione dal lavoro per visita specialistica (equiparata alla malattia).

Il/la sottoscritto/a .....

DOCENTE assunto con contratto a tempo  indeterminato  determinato

in servizio presso .....

chiede di poter usufruire per il periodo

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessivi n. \_\_\_\_\_ giorni di:

**Visita specialistica**  **Esami diagnostici**

(\*) **Il sottoscritto**, consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale (D.P.R. 445 del 28/12/2000), che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera, **dichiara che la prestazione non può essere effettuata in altra data e/o in altro orario.**

**Il sottoscritto allegnerà documentazione di avvenuta prestazione.**

Il sottoscritto dichiara che la prestazione avverrà presso la seguente struttura:

---

(indicare il tipo di prestazione, l'Ente e il luogo)

Con osservanza

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma del dipendente

Inviare a: [noic819001@istruzione.it](mailto:noic819001@istruzione.it) (oggetto: settore personale ) tramite posta elettronica assegnata dall'Istituto