

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 (oggetto: settore personale) tramite posta elettronica assegnata dall'Istituto