

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

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio in
codesto Istituto in qualità di docente / personale ATA con contratto di lavoro a tempo
determinato/indeterminato :

COMUNICA

ai sensi dell'Art. 17 del vigente C.C.N.L. del Comparto Scuola e dell'art. 71 del Decreto
legge n. 112 del 2008 convertito in legge n. 133 del 2008, 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 o convenzionata con la U.S.L.:

- di visita clinica specialistica presso _____
- di accertamento diagnostico presso _____
- di prestazione terapeutica specialistica presso _____ ;
in aggiunta all'impegnativa del medico, occorre presentare:
- l'attestazione o la certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria da cui risultano il
giorno e l'ora fissati per la prestazione richiesta;

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 C.C.N.L. per le assenze per malattia.

Maglie, _____

Firma

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

Maglie, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Annarita CORRADO