

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo "S.Penna"

Oggetto: Comunicazione assenza per (visite specialistiche e/o esami diagnostici)

l sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ in servizio presso codesto Istituto Comprensivo in qualità di _____
_____ con contratto a tempo determinato/indeterminato

COMUNICA

che sarà assente per malattia dal _____ al _____ (gg. ____)

per effettuare: visita specialistica / esami diagnostici day Hospital

in Sede fuori Sede c/o _____

in orario antimeridiano in orario pomeridiano dalle ore _____

Dichiara che la prestazione non è effettuabile al di fuori dell'orario di servizio per il seguente motivo:

- tipologia visita e/o esame ambulatorio chiuso
 - medico non presente distanza sede / uso mezzi di trasporto pubblici
 - altro : _____
- _____

Allegnerà:

- certificato medico
- certificazione ospedaliera

data _____ (firma del dipendente)

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Rosaria Ippolito