

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "S.Penna"
Via Parmenide 1 - Battipaglia

Oggetto: Comunicazione assenza per (visite specialistiche e/o esami diagnostici)
ATA art.33 CCNL 2016-2018

Il 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 dalle _____ alle ore _____ (max 18
ore per anno scolastico)

che sarà assente per malattia dal _____ al _____

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 : _____

Allegherà:

- certificato medico
- certificazione ospedaliera

data _____

_____ (firma del dipendente)

VISTO

Il Direttore S.G.A.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Rosaria IPPOLITO