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

_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 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