

ESPLETAMENTO DI VISITE-TERAPIE-PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI DIAGNOSTICI

(art. 33 del CCNL 19 APRILE 2018)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DI LANDRIANO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____ in servizio con rapporto di
lavoro a tempo **determinato/indeterminato** presso codesta istituzione scolastica

COMUNICA

di assentarsi (ore o giorni) dal/le _____ al/le _____

(Visita medica, terapia, prestazione specialistica, esami diagnostici)

- La presente sarà giustificata mediante attestazione redatta dal medico/pers.Amm.
- La certificazione medica on line verrà regolarmente inviata dal medico, con
prot. n° _____

Data visita

Con osservanza

Data, _____

Firma
