

_____ sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di _____ con contratto di lavoro a tempo _____

COMUNICA

Che nel/i giorno/i _____ dovrà sottoporsi a visita specialistica esami diagnostici altro _____ presso _____

Consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, _la/il sottoscritta/o dichiara, con riferimento all'art.76 del DPR 28/12/2000 n.445;

- a) Che è stato possibile prenotare la visita medica solo in orario antimeridiano in coincidenza con le ore di lavoro
- b) Che la prenotazione è prevista per le ore _____

La/il sottoscritta/o si impegna a comunicare qualsiasi variazione nelle prenotazioni e a consegnare la certificazione della struttura pubblica presso quale è stata effettuata la visita, contenente l'indicazione dell'ora, e la relativa prescrizione del medico convenzionato con il S.S.N. se la prestazione specialistica è resa da una struttura privata.

_La/il sottoscritta/o è a conoscenza dell'art.17 – Assenza per malattia- del CCNL del 30 aprile 2007 e che la dirigenza si riserva la facoltà di chiedere conferma alla struttura presso la quale è stato possibile prenotare la visita medica al di fuori delle ore di servizio.

_____, li _____

Firma

Il Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi

Il Dirigente Scolastico

PAOLA PELLI

Prof.ssa DANIELA VENTURI

DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE

VISITA SPECIALISTICA

Codice del documento:

Data emissione 01.02.10216

N° di revisione: 00

Pagina 1 di 1