



**ISTITUTO COMPRENSIVO "G. MARCONI"
PATERNO' - RAGALNA**



Sede Centrale: Via Virgilio 1 - 95047 P A T E R N O' (CT)
Tel. 095/622682 - Fax 095-7981033
Web: <http://www.marconiscuola.it> - E-mail: ctic84200b@istruzione.it
E-mail Certificata: comprensivomarconi@pec.it
Cod. Min. CTIC84200B - Cod. fisc. 80008070874

Oggetto: Comunicazione assenza per visite specialistiche e/o esami diagnostici, day ospital.

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 visita specialistica dal _____ al _____ (gg. ____)

per effettuare: visita specialistica / esami diagnostici day Hospital

n in Sede n fuori Sede c/o _____

n in orario antimeridiano n in orario pomeridiano dalle ore _____
alle ore _____

non effettuabile al di fuori dell'orario di servizio per il seguente motivo:

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

Allegherà:

n certificato medico

n certificazione attestante l'orario di inizio e termine visita;

data _____

(firma del dipendente)