

**RISERVATO ALL'UFFICIO**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

PROT. N. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

ha necessità di assentarsi per gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**ORARIO DI SERVIZIO:** \_\_\_\_\_

per

**Visita specialistica****Analisi cliniche**

pertanto,

**CHIEDE**

permesso breve: per il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per

un totale di ore \_\_\_\_\_ **da recuperare su indicazione dell'Amministrazione**

permesso retribuito per motivi personali/familiari (3 giorni all'anno)

malattia \*

ferie

festività soppresse (*previste dalla legge 23/12/1977, n° 937*)

recupero ore effettuate in eccedenza.

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

\* Nel caso di richiesta di assenza con tipologia: "**malattia**", il sottoscritto in base all'art.76 del D.P.R. 28/12/200 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia **DICHIARA sotto la propria responsabilità:**

a) che non è stato possibile prenotare al di fuori dell'orario di servizio.

b) che la prenotazione è prevista per le ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

si allega:

dichiarazione di effettuata visita/analisi cliniche rilasciata da una struttura pubblica nel giorno richiesto

con indicazione dell'orario in cui è avvenuta la prestazione

dichiarazione di effettuata visita/analisi cliniche rilasciata da una struttura privata nel giorno richiesto

con indicazione dell'orario in cui è avvenuta la prestazione

Vicovaro li, \_\_\_\_\_

(firma)

Vista la domanda,

si concede

non si concede

IL DIRIGENTE SCOLASTICO