

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "A. Bravi"
Cologno al Serio

Oggetto : **DOMANDA DI ASSENZA PER MALATTIA /VISITA SPECIALISTICA/
ESAMI DIAGNOSTICI**

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio in qualità di
Docente presso _____
con contratto a tempo Indeterminato Determinato

COMUNICA

In applicazione (ai sensi C.C.N.L. 2016/2018 del 19/04/2018) , che sarà assente

- PER MALATTIA** dal _____ al _____ , come da allegato certificato medico

- PER VISITA SPECIALISTICA** (intera giornata) il _____ come da documentazione allegata
Orario visita dalle ore _____ alle ore _____ Presso _____
Assenza dal proprio domicilio dalle ore _____ alle ore _____

- PER ESAMI DIAGNOSTICI- VISITA SPECIALISTICA** (permesso orario) (ccnl 2018 art.51) il _____ dalle ore _____ alle ore _____
Orario esame diagnostico dalle ore _____ alle ore _____
Presso _____ come da documentazione allegata.

Ai fini dell'eventuale visita di controllo ___|___ sottoscritt___ dichiara che l'ATS di competenza è _____ e che sarà presente al sotto indicato indirizzo:

Cologno al Serio, _____

FIRMA
