

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
della D.D. "E. Salgari"
Via Paratore, 34 - Palermo

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____

il ____/____/____ in servizio presso co-desto istituto in qualità di _____

☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 17 del CCNL 29/11/2007 e della Legge n. 133/08:

☐ di fruire del trattamento economico di malattia per l'effettuazione di accertamenti diagnostici ovvero di visite specialistiche per il giorno ____/____/____;

COMUNICA

Che effettuerà accertamento diagnostico ovvero visita medica specialistica

presso _____

(specificare il luogo di effettuazione della visita, sede del centro medico)

il giorno ____/____/____ dalle ore _____ alle ore _____

☐ che il controllo medico può essere eseguito solamente durante l'orario di lavoro e non anche in altri orari non lavorativi, compatibilmente con le specifiche necessità terapeutiche.

Si allegano : ☐ Prescrizione del medico curante
☐ Certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria che ha effettuato la prestazione

Data _____ Firma _____

RISERVATO ALL'UFFICIO Prot. n. _____ del ____/____/____

☐ CONCESSO ☐ NEGATO Motivazione

diniego/modifica: _____

Il Dirigente Scolastico
Maria Pizzolanti