



ISTITUTO COMPRENSIVO
"Leopoldo II di Lorena"
FOLLONICA

via Balducci 2, 58022 Follonica (GR) -- tel. 0566 59052 -- C.F. 92077430533
e-mail: gric828005@istruzione.it gric828005@pec.istruzione.it -- http:// www.iclorena.edu.it

Al Dirigente Scolastico

I.C." Leopoldo II di Lorena"
Follonica

Oggetto: **Richiesta di permesso per visite specialistiche, terapie ed accertamenti diagnostici.**

Il/la sottoscritto/a _____

in servizio presso _____

in qualità di _____ a tempo _____

avendo necessità di assentarsi per gg. _____ dal _____ al _____ per:

- Visita specialistica**
- Terapie**
- Accertamenti diagnostici**

C H I E D E

- a)** di assentarsi per **malattia**
(da richiedersi solo nel caso in cui ci sia concomitanza tra l'espletamento di visite e la situazione di incapacità lavorativa, in questo caso **è il medico curante che redige il certificato telematico**)
- b)** di assentarsi per **malattia (art.17 CCNL vigente: (allo scopo rilascia la seguente dichiarazione)**

Il sottoscritto in base all'art.76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole **delle conseguenze previste dall'art.489 del codice penale** per le false attestazioni e le dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi della L.127 del 15/5/97 modificata e integrata dalla L.191 del 16/6/98 che:

1. che non è stato possibile prenotare al di fuori dell'orario di servizio.
2. che il luogo della prestazione è distante dalla sede di lavoro (vedi certificazione sanitaria)
3. che la prestazione è determinata da urgenza e/o improcrastinabilità (vedi certificazione sanitaria)
4. che la prestazione è incompatibile con gli orari di servizio (vedi certificazione sanitaria)





ISTITUTO COMPRENSIVO
"Leopoldo II di Lorena"
FOLLONICA

via Balducci 2, 58022 Follonica (GR) -- tel. 0566 59052 -- C.F. 92077430533
e-mail: gric828005@istruzione.it gric828005@pec.istruzione.it -- http:// www.iclorena.edu.it

Allegati

- dichiarazione di effettuata visita rilasciata da una **struttura pubblica** nel giorno richiesto con indicazione dell'orario in cui è avvenuta la prestazione
- dichiarazione di effettuata visita rilasciata da una **struttura privata** nel giorno richiesto con indicazione dell'orario in cui è avvenuta la prestazione
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** (Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Data _____

firma

Istituto Comprensivo "Leopoldo II di Lorena" - Follonica

VISTO:

- si riconosce l'assenza per malattia
- non si riconosce l'assenza per malattia
- si richiede: _____

Il Dirigente Scolastico

Paola Brunello

