

Alla Dirigente Scolastica
dell'Istituto Comprensivo Statale Padre Pino Puglisi

OGGETTO: RICHIESTA PERMESSO ORARIO PER VISITE, ESAMI E PRESTAZIONI SPECIALISTICHE (P. DOCENTE)

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di **Docente**, con contratto a tempo

☐ determinato

☐ indeterminato

C O M U N I C A

ai sensi dell'**art. 35, comma 14, del C.C.N.L. 2019/2021**, la propria assenza dal servizio per l'intera giornata del _____ per l'effettuazione di:

☐ visita medica;

☐ prestazione specialistica;

☐ esame diagnostico;

☐ accertamento clinico.

A tal fine dichiara:

- che l'assenza è giustificata dall'attestazione di presenza rilasciata dal medico o dalla struttura sanitaria (pubblica o privata) presso cui è stata eseguita la prestazione;
- di essere a conoscenza che, trattandosi di assenza assimilata alla malattia per l'intera giornata, verrà applicata la disciplina prevista per il periodo di comporta.

Si allega alla presente:

☐ Attestazione di presenza rilasciata dalla struttura/medico (anche tramite invio telematico).

_____, _____

Firma

La Dirigente Scolastica
Angela Randazzo