



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "LEONARDO DA VINCI
ITI (CSTF07701X)- ITCG(CSTD07701N) IPAA -IPSSAR (CSRA07701B) 87053 SAN GIOVANNI IN FIORE (CS)
via delle Ginestre CM:CSIS07700B- Tel Istituto 1861932 - Fax 0984/970110_E- mail' csis07700b@istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
Dell' I.I.S." Leonardo da Vinci"
Di San Giovanni in Fiore

OGGETTO: Richiesta Assenza per Visita Specialistica o Diagnostica-Day Hospital

Il / La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ prov. ___ e residente in via _____

comune di _____ cap _____ prov. _____

in servizio presso questa istituzione scolastica in qualità di

Docente; Assistente amministrativo; Collaboratore Scolastico

Personale ATA , con rapporto di lavoro:

- Tempo determinato
- Tempo Indeterminato

COMUNICA

Ai sensi dell'art. 17/19 del vigente C.C.N.L. del Comparto Scuola che dal _____
al _____ si trova nell'impedimento di prestare servizio per:

accertamenti clinici visita medica prestazioni specialistiche. Day Hospital

A documentazione di quanto sopra, il/la sottoscritto/a si riserva di esibire la certificazione rilasciata dalla stessa struttura sanitaria in cui si è effettuato quanto richiesto attestante il giorno e l'ora in cui tale prestazione è avvenuta.

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000 consapevole delle conseguenze previste dall'art 489 del codice penale che tali prestazioni non potevano essere effettuate al di fuori dell'orario di servizio e chiede, per tale assenza, il trattamento previsto dall'art 19 del vigente C.C.N.L. per le assenze per malattia.

San Giovanni in Fiore _____

FIRMA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
