|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personale  | Domanda di assenza per visita di prestazione specialistica e/o accertamenti diagnostici. |  |

Al Dirigente scolastico

Prot. n° / del / /

Riservato all’ufficio

dell’Istituto Comprensivo E. Moscati

Via della Repubblica - 84098

Pontecagnano Faiano (SA)

Oggetto: Domanda di assenza per visita di prestazione specialistica e/o accertamenti diagnostici.

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_), in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo indeterminato/determinato *(selezionare la dicitura corretta)* in servizio presso il plesso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comunica

La propria assenza per il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ per il seguente motivo:

* visita specialistica;
* accertamento diagnostico;
* prestazione terapeutica specialistica

come da allegata certificazione del medico curante, riservandosi di esibire certificazione della struttura sanitaria attestante ora e giorno fissati per la prestazione richiesta.

Chiede

Per la suddetta motivazione, di usufruire di *(selezionare la opzione)*:

□ permesso breve dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (non superiore al 50% dell’orario di servizio del giorno dell’assenza e comunque non più di 2 ore)

□ permesso retribuito

□ ferie

□ malattia

Ai fini dell’imputazione dell’assenza, dichiara sotto la propria responsabilità che tale prestazione non poteva essere effettuata al di fuori dell’orario di servizio.

Allega, al riguardo,

□ attestazione della struttura sanitaria, dalla quale risultano il giorno e l’ora fissati

In alternativa, si riserva di produrre:

□ certificazione della struttura sanitaria attestante giorno e ora della prestazione.

**VISTO DEL REFERENTE DI PLESSO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pontecagnano Faiano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Con osservanza

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vista la domanda,

 si concede

 non si concede

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 (dott.ssa Raffaela Luciano)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_