

**Oggetto: Domanda di assenza per l'espletamento di visite, terapie, prestazioni specialistiche od esami diagnostici**

L\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ in servizio presso questo istituto in qualità di \_\_\_\_\_ a tempo determinato / indeterminato

**CHIEDE**

di poter fruire di gg. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASSENZA PER MALATTIA per VISITA SPECIALISTICA \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ nel seguente luogo \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che il proprio indirizzo di reperibilità ai fini della visita medico fiscale è il seguente:

\_\_\_\_\_

Si produrrà l'attestazione rilasciata dalla struttura sanitaria in cui risulti il giorno e l'ora di inizio e di fine degli esami o accertamenti.

**La richiesta deve pervenire all'Ufficio di segreteria non appena l'interessat\_\_\_ è a conoscenza dell'appuntamento.**

Imperia, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente

---

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

La presente è pervenuta in data ..... prot. n. ....

Il dipendente ha già fruito di complessivi n. .... giorni di malattia nel corso del corrente anno / triennio

Certificazione medica allegata: .....

.....  
**Il DSGA Barbara MASTROCICCO**

---

**ANNOTAZIONI DEL CAPO D'ISTITUTO**

Visto:     Si concede                       Non si concede                       Si prende atto

**LA DIRIGENTE SCOLASTICA**  
Maria Rosa VILLA