AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ITCS ERASMO DA ROTTERDAM - BOLLATE

SEDE

**Oggetto: Richiesta permesso per visita medica, terapie, prestazioni specialistiche, esami diagnostici**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo indeterminato / determinato

in servizio presso codesto Istituto

CHIEDE

un permesso per sottoporsi a visita medica per il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

L’assenza dal servizio avrà la seguente durata: dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, comprensiva del tempo di viaggio.

Al rientro presenterà la giustificazione dell’avvenuta prestazione medica.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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

|  |
| --- |
| ☐ Visto si autorizza    Il Dirigente Scolastico  Dott.ssa Rosaria L. Pulia |