

PER IL PERSONALE NON DOCENTE
__ Al Direttore dei Servizi Generali
ed Amministrativi

PER IL PERSONALE DOCENTE
__ Al Dirigente Scolastico

__ l__ sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____ e residente a _____
via _____ c.a.p. _____ in servizio presso questa istituzione
scolastica in qualità di _____,

COMUNICA

Che ne __ giorni _____ dovrà sottoporsi a _____
presso _____

Consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal
Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, __ l__ sottoscritt__ dichiara, con riferimento
all'art.76 del DPR 28/12/2000 n.445;

- a) Che è stato possibile prenotare la visita medica solo in orario antimeridiano in coincidenza
con le ore di lavoro:
- b) Che la prenotazione è prevista per le ore _____.

__ l__ sottoscritt__ si impegna a comunicare qualsiasi variazione nella prenotazione e a consegnare
la certificazione della struttura pubblica presso quale è stata effettuata la visita, contenente
l'indicazione dell'ora, e la relativa prescrizione del medico convenzionato con il S.S.N. se la
prestazione specialistica è resa da una struttura privata.

__ l__ sottoscritt__ è a conoscenza dell'art.17 – Assenza per malattia- del CCNL del 30 aprile 2007
e che la dirigenza si riserva la facoltà di chiedere conferma alla struttura presso la quale è stato
possibile prenotare la visita medica al di fuori delle ore di servizio.

Palermo, li _____

In fede

VISTO/ SI CONCEDE

NON SI CONCEDE

Il Direttore S.G.A.

Il Dirigente Scolastico
