

Al Dirigente Scolastico

Prof.ssa DANIELA VENTURI

ISI Sandro Pertini

\_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ in servizio presso codesta  
istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_ con contratto a tempo  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

alla S.V. di assentarsi dalle ore \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_

ovvero

il giorno \_\_\_\_\_

per l'espletamento di:

visita medica     terapia medica     prestazioni specialistiche     esami diagnostici

ai sensi dell'art. 33 co. 1 CCNL 19/04/2018.

presso \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare qualsiasi variazione nelle prenotazioni 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.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Il Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi  
PAOLA PELLI

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa DANIELA VENTURI