

A.T.A.

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.C. "VITTORINO DA FELTRE"
CATANIA

OGGETTO: Comunicazione assenza per visita medica o accertamenti clinici.

(D.L. n.12 convertito in Legge 133/2008).

Il/la sottoscritt/_/_ _____
nat/_/_ a _____ (Pr. _____) il _____,
residente a _____, via/piazza _____ n. _____
C.A.P. _____, e-mail _____

in servizio presso questo Istituto in qualità di:

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| ◇ D.S.G.A. | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. |
| ◇ Assistente Amministrativo | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. |
| ◇ Collaboratore Scolastico | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. |

Comunica

alla S.V. di assentarsi per

- Visita medica
 Accertamenti clinici

dal _____ al _____ per complessivi giorni _____.

Dichiara, altresì, che non è possibile effettuare la visita medica e/o gli accertamenti clinici fuori dall'orario di servizio.

Si riserva, pertanto, di allegare apposita certificazione rilasciata dalla Struttura Sanitaria attestante l'orario di effettuazione della visita medica e/o dell'accetamento clinico.

Catania _____

FIRMA
