

DOCENTE

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:

- |  |                               |                               |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| ◇ Docente _____ scuola dell'infanzia                   | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. |
| <small>Indicare curriculare o sostegno o altro</small> |                               |                               |
| ◇ Docente _____ scuola primaria                        | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. |
| <small>Indicare curriculare o sostegno o altro</small> |                               |                               |
| ◇ Docente _____ scuola sec. I grado                    | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> T.D. |
| <small>Indicare curriculare o sostegno o altro</small> |                               |                               |

**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'accertamento clinico.

Catania \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_