

OGGETTO: *Assenza per visita medica, prestazione specialistica, accertamenti diagnostici
(C.M. n. 301 del 27/6/96)*

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio in codesto Istituto in qualità
di _____ con contratto di lavoro a tempo indeterminato/**determinato**:

COMUNICA

ai sensi dell'art.17/**19** C.C.N.L. del Comparto Scuola che nel/i giorno/i dal _____ al _____
si troverebbe nell'impedimento di prestare servizio per motivi di salute.

A documentazione di quanto sopra, il/la sottoscritto/a esibisce:

la certificazione del medico di famiglia da cui risulta la prescrizione presso una struttura
sanitaria:

- di visita clinica specialistica
- di accertamento diagnostico
- di prestazione terapeutica specialistica

l'attestazione rilasciata dalla struttura sanitaria da cui risultano il giorno e l'ora fissati per la
prestazione richiesta;

si riserva di produrre, in alternativa a tale attestazione:

la certificazione rilasciata dalla stessa struttura sanitaria attestante il giorno e l'ora in cui
tale prestazione è avvenuta.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi della L. 127 del 15/5/97 modificata e integrata dalla L. 191
del 16/6/98 consapevole delle conseguenze previste dall'art. 489 del codice penale che tale/i
prestazione/i non poteva/no essere effettuata/e al di fuori dell'orario di servizio e chiede per tale
assenza il trattamento previsto dall'art. 17/**19** del vigente C.C.N.L. per le assenze per malattia.

Francavilla Fontana, _____

Firma

Visto, si riconosce l'assenza per malattia

non si riconosce l'assenza per malattia

si richiede la seguente ulteriore documentazione _____

Francavilla Fontana, _____

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof. Giovanni SEMERARO)**
