

**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)**

\_\_\_\_\_