

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

*dell'Istituto Comprensivo di Scuola Primaria e
Secondaria di Primo Grado di
Predazzo-Tesero-Panchià-Ziano*

**OGGETTO: Richiesta permesso per visita medica specialistica o accertamenti clinici o per esami
prenatali.**

Il/la sottoscritt _____
docente con contratto a tempo indeterminato/determinato in servizio presso _____
_____ con la presente

C OMUNICA

ai sensi dell'art. 25 C. 2 del CCPL in vigore,
che si assenterà dal lavoro il giorno _____ dalle ore _____
alle ore _____ per _____

Al rientro presenterà la documentazione giustificativa.

Data _____

Firma _____

Visto:.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Marco Felicetti

**SI PREGA DI CONSEGNARE ALLA SEGRETERIA, AL RIENTRO, IL MODELLO
RILASCIATO DAL SERVIZIO CHE EFFETTUA LA VISITA.**

**DEVE ESSERE INDICATO IL TEMPO DI EFFETTIVA PERMANENZA PRESSO LA
STRUTTURA.**