

OGGETTO: *Assenza per visita medica, prestazione specialistica, accertamenti diagnostici*

Il/La sottoscritto/a _____ in servizio in codesto
Istituto in qualità di docente/personale ATA con contratto di lavoro a tempo
determinato/indeterminato

COMUNICA

ai sensi dell'Art. 17 del vigente 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 alle ore _____ presso _____
 - di accertamento diagnostico alle ore _____ presso _____
 - di prestazione terapeutica specialistica alle ore _____ presso _____
- l'attestazione rilasciata dalla struttura sanitaria da cui risultano il giorno e l'ora fissati per la prestazione richiesta;
- si riserva di produrre la certificazione rilasciata dalla 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 prestazione non poteva essere effettuata al di fuori dell'orario di servizio e chiede per tale assenza il trattamento previsto dall'art.17 del vigente C.C.N.L. per le assenze per malattia.**

Palermo,

Firma del Richiedente

- Visto, si riconosce l'assenza per malattia
 non si riconosce l'assenza per malattia
 si richiede la seguente ulteriore documentazione

Il Dirigente Scolastico

