

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO DI CISERANO

Oggetto: richiesta permesso per visita medico specialistica - esame diagnostico  
PERSONALE A.T.A. (Art. 33 del CCNL 09/02/2018)

• Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

- D.S.G.A.
- ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
- COLLABORATORE SCOLASTICO

a TEMPO INDETERMINATO presso la Scuola

- PRIMARIA di \_\_\_\_\_
- SECONDARIA di \_\_\_\_\_

CHIEDE

un permesso per sottoporsi a visita medico-specialistica/esame diagnostico per il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ presso:

\_\_\_\_\_  
(denominazione della struttura)

sita in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
(località ed indirizzo della struttura)

L'assenza dal servizio avrà la seguente durata:

dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, comprensiva del tempo di viaggio per raggiungere l'ambulatorio medico.

Al rientro presenterà la prescritta documentazione medica.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Visto: si esprime parere favorevole / non favorevole

IL D.S.G.A.  
Dott. Sergio Nuzzolo



Il Dirigente Scolastico  
Prof. Ing. **Ivano De Luca**