

Al Dirigente Scolastico
IC Poggiali Spizzichino - Roma

**OGGETTO: Domanda di ASSENZA PER VISITA MEDICA , PRESTAZIONE SPECIALISTICA, ACCERTAMENTI
DIAGNOSTICI**

Il sottoscritto _____ nat __ a _____ il _____
in servizio presso Codesto Istituto in qualità di _____ a tempo indeterminato/determinato telefono
di reperibilità n. _____

COMUNICA

la propria assenza per il giorno _____ per il seguente motivo:

- Visita clinica specialistica
- Accertamento diagnostico
- Prestazione terapeutica specialistica

come da allegata certificazione e

CHIEDE

la concessione di:

PERMESSO BREVE dalle ore _____ alle ore _____

- Da recuperare secondo le esigenze di servizio stabilite dalla direzione;
- Da decurtare dalle ore già effettuate in data

PERMESSO RETRIBUITO

MALATTIA

In base all'art.76 del DPR n.445 del 28/12/200, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARO

Sotto la mia responsabilità che:

- tale prestazione non poteva essere effettuata al di fuori dell'orario di lavoro
- che la prenotazione è prevista per le ore __presso _____

il sottoscritto si impegna a comunicare qualsiasi variazione nella prestazione.

Sarà consegnata in Segreteria la giustificazione dell'assenza mediante attestazione di presenza redatta dal medico o da personale Amministrativo della struttura che ha erogato la prestazione. L'attestazione di presenza è consegnata al dipendente oppure trasmessa telematicamente dal medico e dalla struttura.

La Direzione, si riserva di attivare i necessari controlli sulle autocertificazioni prodotte ai sensi dell'art.71 del DPR n.445 del 2000, provvedendo alla segnalazione all'autorità giudiziale e penale e procedendo per l'accertamento della responsabilità disciplinare nel caso di dichiarazioni mendaci.

Roma,

IC POGGIALI SPIZZICHINO

Prot. N. _____

Del _____

Firma _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Anna Salamino

Presenza visione Referente di Plesso
