

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO MAGISTRALE STATALE DI RIETI

**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. 19 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:

<input type="checkbox"/> di visita clinica specialistica	alle ore _____ presso _____
<input type="checkbox"/> di accertamento diagnostico	alle ore _____ presso _____
<input type="checkbox"/> 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, 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 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.19 del vigente C.C.N.L. per le assenze per malattia.

Rieti, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

Visto,  si riconosce l'assenza per malattia

non si riconosce l'assenza per malattia

si richiede la seguente ulteriore documentazione .....

Rieti, \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Prof. Ruggero Scopigno)