

Oggetto: Domanda di assenza per visita di prestazione specialistica e/o accertamenti diagnostici.

__l__ sottoscritt__ _____, nat__ a _____
(prov.____) il __/__/____ e residente a _____ (prov.____), in via
_____, n° _____, tel _____ in qualità di
(*) _____ in servizio presso _____

comunica

La propria assenza per il giorno __/__/____ per il seguente motivo:

- visita specialistica;
- accertamento diagnostico;
- prestazione terapeutica specialistica
- Day Hospital

come da allegata certificazione del medico curante, riservandosi di esibire certificazione della struttura sanitaria attestante ora e giorno fissati per la prestazione richiesta.

Chiede, allo scopo, di usufruire di:

- permesso breve
- permesso retribuito
- ferie
- malattia

Ai fini dell'imputazione dell'assenza a malattia, dichiara sotto la propria responsabilità che tale prestazione non poteva essere effettuata al di fuori dell'orario di servizio.

Allega, al riguardo,

- attestazione della struttura sanitaria, dalla quale risultano il giorno e l'ora fissati In alternativa, si riserva di produrre:
- certificazione della struttura sanitaria attestante giorno e ora della prestazione.

San Giuseppe Vesuviano, __/__/____

In fede

(*) Docente, Direttore SGA, Assistente Amm. ^{vo}, Assistente Tecnico, Collaboratore Scolastico, ecc.