

**Oggetto: Domanda di Assenza per visita medica, prestazione specialistica, accertamenti diagnostici**

\_\_\_\_\_, 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 clinica specialistica
- accertamento diagnostico
- prestazione terapeutica specialistica

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
- 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.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

(\*) Docente, Direttore SGA, Assistente Amm. vo, Assistente Tecnico, Collaboratore Scolastico, ecc.

Visto

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

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_