

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 12 - PERUGIA

**VISITA MEDICA SPECIALISTICA
EQUIPARATA A MALATTIA
PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO
(L.133/2007;CIRC.8/2008 FUNZIONE PUBBLICA; ART.17 CCNL
17.12.2007)**

IL/LA SOTTOSCRITTO _____ DOCENTE / ATA IN SERVIZIO PRESSO
CODESTO ISTITUTO NELL'A.S. _____/_____ CON CONTRATTO A :

TEMPO INDETERMINATO

TEMPO DETERMINATO

CHIEDE

N. ° _____ GIORNI DI ASSENZA PER MALATTIA, PER VISITA MEDICA/TERAPIA

giorno: dalle ore alle ore

giorno: dalle ore alle ore

IN BASE ALL'ART.76 DEL DPR 445/2000, CONSAPEVOLE DELLE PENE STABILITE PER LE FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI PREVISTE DAL CODICE PENALE E DALLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

- CHE NON È STATO POSSIBILE PRENOTARE LA VISITA SPECIALISTICA/TERAPIA IN ORARIO NON COINCIDENTE CON QUELLO DI LAVORO;
- CHE LA PRENOTAZIONE È PREVISTA PER LE ORE _____ PRESSO _____
- IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A COMUNICARE QUALSIASI VARIAZIONE NELLA PRENOTAZIONE.

È CONSAPEVOLE CHE LA DIRIGENZA SI RISERVA IL DIRITTO DI CHIEDERE AL RICHIEDENTE LA CERTIFICAZIONE, DA PARTE DELL'ENTE, CHE NON È STATO POSSIBILE PRENOTARE AL DI FUORI DELLE ORE DI SERVIZIO.

SARANNO CONSEGNATE LE CERTIFICAZIONI DEL MEDICO CURANTE CHE ATTESTA LA GIORNATA DI CURA E DI RIPOSO E LA CERTIFICAZIONE DELLA STRUTTURA SPECIFICA CONTENENTE L'INDICAZIONE DELL'ORA IN CUI È AVVENUTA LA PRESTAZIONE.

IL SOTTOSCRITTO È A CONOSCENZA DELL'ART. 17 - ASSENZE PER MALATTIA - CCNL DEL 17.12.2007.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA SCUOLA PUÒ UTILIZZARE I DATI CONTENUTI NELLA PRESENTE RICHIESTA ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO E PER I FINI ISTITUZIONALI PROPRI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE (D.L.196 DEL 30.6.2003 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI).

- ALLEGA COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO DI FAMIGLIA DA CUI RISULTA LA PRESCRIZIONE PRESSO UNA STRUTTURA SANITARIA;
- SEGUIRÀ LA CERTIFICAZIONE RILASCIATA DALLA STRUTTURA SANITARIA ATTESTANTE IL GIORNO E L'ORA IN CUI TALE PRESTAZIONE È AVVENUTA.

PERUGIA, _____

FIRMA _____

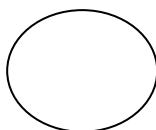
Riservato all'Ufficio**ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 12 – PERUGIA**

Prot. N. _____/_____ del _____

VISTO : IL DIRETTORE S.G.A**SIMONETTA CECCHETTI****VISTO**

SI CONCEDE

NON SI CONCEDE



**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
DOTT.SSA SIMONA FERRETTI**