



Istituto Comprensivo Don Milani

ESPLETAMENTO DI VISITE-TERAPIE-PRESTAZIONI SPECIALISTICHE O ESAMI
DIAGNOSTICI (art. 33 del CCNL 19 APRILE 2018) – PERSONALE ATA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
DON MILANI - TICINETO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ in servizio con rapporto di lavoro a tempo
determinato/indeterminato presso codesta istituzione scolastica.

COMUNICA

di assentarsi (ore o giorni) dal/le _____ al/le _____ (Visita medica, terapia, prestazione
specialistica, esami diagnostici)

- La presente sarà giustificata mediante attestazione redatta dal medico/pers.Amm.
- La certificazione medica on line verrà regolarmente inviata dal medico, con prot. n°

Data della visita _____

Con osservanza

Data, _____

Firma

