

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "S. Penna"
via Parmenide 1, Battipaglia

Oggetto: Comunicazione assenza per (visite specialistiche e/o esami diagnostici)

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ in servizio presso codesto Istituto Comprensivo in qualità di _____

_____ con contratto a tempo determinato/indeterminato

COMUNICA

che sarà assente per malattia dal _____ al _____ (gg. _____)

per effettuare: visita specialistica / esami diagnostici day Hospital

in Sede fuori Sede c/o _____

in orario antimeridiano in orario pomeridiano dalle ore _____

Dichiara che la prestazione non è effettuabile al di fuori dell'orario di servizio per il seguente motivo:

tipologia visita e/o esame ambulatorio chiuso

medico non presente distanza sede / uso mezzi di trasporto pubblici

altro : _____

Allegherà:

certificato medico

certificazione ospedaliera

data _____

_____ (firma del dipendente)

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Rosaria IPPOLITO