

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**della D.D. "E. Salgari"**  
**Via Paratore, 34 - Palermo**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ in servizio presso questo istituto in qualità di \_\_\_\_\_

a tempo indeterminato       a tempo determinato

**CHIEDE**

Ai sensi dell'art. 17 del CCNL 29/11/2007 e della Legge n. 133/08:

di fruire del trattamento economico di malattia per l'effettuazione di accertamenti diagnostici ovvero di visite specialistiche per il giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;

**COMUNICA**

Che effettuerà accertamento diagnostico ovvero visita medica specialistica

presso \_\_\_\_\_

(specificare il luogo di effettuazione della visita, sede del centro medico)

il giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

che il controllo medico può essere eseguito solamente durante l'orario di lavoro e non anche in altri orari non lavorativi, compatibilmente con le specifiche necessità terapeutiche.

Si allegano :  Prescrizione del medico curante  
 Certificazione rilasciata dalla struttura sanitaria che ha effettuato la prestazione

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

RISERVATO ALL'UFFICIO Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CONCESSO       NEGATO      Motivazione

diniego/modifica: \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
Maria Pizzolanti