

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