



MINISTERO dell'ISTRUZIONE dell'UNIVERSITA' e della RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO I. C. ALES (OR)

Sede: scuola secondaria di primo grado "DANTE ALIGHIERI"
Via Amsicora, 6. – 09091 **ALES (Oristano)** ; e-mail: **ORIC82100N@istruzione.it**
Tel. - Centr. 0783/91601; - DS 0783/998184; - DSGA 0783/91691 – FAX 0783/998061- cod.m.. ORIC82100N – c.f. 80004790954;

Al Dirigente scolastico
Dell'Istituto Comprensivo Statale di Ales

Oggetto: comunicazione assenza per **visita medica, prestazioni specialistiche ed accertamenti diagnostici** (ai sensi della C.M. n.301/96 e della Circ. n.8, D.F.P. 2008)

Il/la sottoscritt_____
 nat_ a _____ Il _____ e residente
 a _____ in via _____ in servizio presso codesto
 Istituto nel plesso di scuola _____ in qualità _____

COMUNICA

La propria assenza dal servizio, dovendosi sottoporre a :

- visita medica;
 prestazione specialistica;
 accertamenti diagnostici;

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____, presso _____;
(indicare la struttura sanitaria presso la quale si verrà sottoposti a visita)

DICHIARA

Che non è stato possibile effettuare la prestazione sanitaria di cui sopra al di fuori del proprio orario di servizio

E CHIEDE

Che la predetta assenza le venga considerata come:

1. _____ come assenza per motivi di salute;
2. _____ come permesso orario soggetto a recupero;
3. _____ come permesso retribuito per motivi personali;

e si impegna a presentare la prescritta documentazione.

Data _____

Firma _____