

____ sottoscritto/a _____ nato/a il
_____ a _____ in servizio presso codesta
istituzione scolastica in qualità di _____ con
contratto di lavoro a tempo _____

COMUNICA

Che nel/i giorno/i _____ dovrà sottoporsi a
visita specialistica esami diagnostici altro _____
presso _____

Consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci
dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, _la/il
sottoscritta/o dichiara, con riferimento all'art.76 del DPR 28/12/2000 n.445;

- a) Che è stato possibile prenotare la visita medica solo in orario
antimeridiano in coincidenza con le ore di lavoro
- b) Che la prenotazione è prevista per le ore _____

La/il sottoscritta/o si impegna a comunicare qualsiasi variazione nelle prenotazioni e a
consegnare la certificazione della struttura pubblica presso quale è stata effettuata la visita,
contenente l'indicazione dell'ora, e la relativa prescrizione del medico convenzionato con il
S.S.N. se la prestazione specialistica è resa da una struttura privata.

_La/il sottoscritta/o è a conoscenza dell'art.17 – Assenza per malattia- del CCNL del 30 aprile
2007 e che la dirigenza si riserva la facoltà di chiedere conferma alla struttura presso la quale
è stato possibile prenotare la visita medica al di fuori delle ore di servizio.

Sienna, li _____

Firma

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Annalisa Nencini

DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE

VISITA SPECIALISTICA

Codice del documento:

Data emissione 13.09.2016

N° di revisione: 01

Pagina 1 di 1