***ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE CARAPELLE***

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

 l sottoscritt , , in servizio presso codesta istituzione scolastica in qualità di con contratto di lavoro a tempo indeterminato / determinato (cancellare la voce che non interessa)

C O M U N I C A

n. giorn\_ di assenza per malattia (ai sensi della C.M. 301 del 27/06/96) per effettuare visita specialistica presso

per i\_ giorn\_ .

In base all’art.76 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità di legge in caso di false attestazioni e dichiarazioni mendaci, dichiara:

1. che è stato possibile prenotare solo in orario antimeridiano in coincidenza con l’orario di lavoro;
2. che non è stato possibile prenotare nel giorno libero e/o in orario pomeridiano;
3. che la prenotazione è prevista per le ore presso

 che osserva il seguente orario

 l sottoscritt si impegna a comunicare qualsiasi variazione della prenotazione e a consegnare la certificazione del medico curante per l’attestazione della/e giornate di cura e di riposo, nonché la certificazione della struttura sanitaria con l’indicazione dell’ora in cui è avvenuta la prestazione.

La Dirigenza si riserva il diritto di chiedere la certificazione da parte dell’Ente che non è stato possibile prenotare al di fuori delle ore di servizio.

 l sottoscritt è a conoscenza dell’art.17 del CCNL/2006-09.

VISTO: □ SI CONCEDE

□ NON CONCEDE

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 ***Prof. Pasquale MOREA***