



I.P.S.S.E.O.A. "TEN. CARABINIERI MARCO PITTONI" PAGANI
SERVIZI PER L'ENOGASTRONOMIA E L'OSPITALITÀ ALBERGHIERA- SERVIZI COMMERCIALI
OPZIONE PROMOZIONE COMMERCIALE PUBBLICITARIA – SERVIZI SOCIO-SANITARI: ARTI AUSILIA-
RIE DELLE PROFESSIONI SANITARI ODONTOTECNICO – PRODUZIONI INDUSTRIALI E ARTIGIANALI
OPZIONE ARREDI E FORNITURE D'INTERNI E OPZIONE ARTIGIANATO



Richiesta assenza per l'espletamento di visite mediche, terapie, prest. specialistiche/accert. diagnostici – M13P10 Ed.1 Rev.0 del 19/12/2017

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'I.P.S.S.E.O.A.
"Ten. CC M. PITTONI"
DI PAGANI (SA)

OGGETTO: Richiesta assenza per l'espletamento di visite mediche, terapie, prestazioni specialistiche od accertamenti diagnostici.

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso codesto Istituto
in qualità di docente/non docente con contratto a _____,
(tempo determinato / indeterminato)

COMUNICA

alla S.V, che rimarrà assente per malattia (art 17 c.c.n.l. 2006/2009 ed ai sensi della legge 125 del 30/10/2013) dal _____ al _____ per gg. _____.

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e s.m.i, in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.; ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità dichiara:

- Che è stato possibile prenotare solo in orario coincidente con l'orario di servizio;
- Che non è stato possibile prenotare nel giorno libero;
- Che la prenotazione è prevista per le ore _____ presso _____

(indicare il nome della struttura o dello studio medico)

in _____ n. _____ cap _____,
(indicare la località)

per sottoporsi a visita / terapia / prestazione specialistica.

Allega, ai sensi della normativa vigente, copia della prenotazione, Il dipendente, dopo aver effettuato la visita/prestazione/accert. diagnostico, dovrà consegnare l'attestazione della struttura sanitaria e/o studio medico contenente non solo il giorno della prestazione ma anche l'orario di svolgimento.

La Dirigenza si riserva il diritto di chiedere al dipendente l'attestazione, da parte della struttura sanitaria, che non è stato possibile prenotare al di fuori del proprio orario di servizio.

Pagani _____

Il/la Dichiarante

(qualifica, cognome e nome e firma per esteso)

RISERVATO ALL'UFFICIO DI SEGRETERIA

Attesto che il/la sig./Sig.ra. _____, preventivamente ammonito/a sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (**artt. 75 e 76 del T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – DPR 28/12/2000. n° 445**) e preavvisato sulla decadenza dal beneficio eventualmente concesso sulla base di certificazione/autocertificazione non veritiera, ha reso e sottoscritto in mia presenza la su estesa dichiarazione.

IL DSGA E/O L'INCARICATO DI SEGRETERIA

Pagani _____

(qualifica, cognome e nome e firma per esteso)

VISTA l'istanza di cui sopra,

- si autorizza;
 non si autorizza

Motivi eventuale diniego _____

Pagani, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Rosanna ROSA)