

Prot. N.

Al Dirigente scolastico
dell'Istituto Comprensivo
di Gricignano d'Aversa

__l__ sottoscritt _____

in servizio presso _____ in qualità di _____

COMUNICA

N° ____ ore di assenza per visita specialistica ai sensi dell'art. 33 CCNL del 21/05/2019 dalle ore ____ alle ore ____

N° ____ giorni di assenza per visita specialistica (ai sensi della C.M.301 del 27/06/1996),

per visite specialistiche Π prestazioni specialistiche Π accertamenti diagnosticiΠ

presso _____ per il giorno _____

in base all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci, previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, dichiara sotto la mia personale responsabilità:

- a) che è stato possibile prenotare solo in orario antimeridiano in coincidenza con le ore di lavoro;
- b) che non è stato possibile prenotare nel giorno libero e/o in orario pomeridiano;
- c) che la prenotazione è prevista per le ore ____ presso _____
che osserverà il seguente orario _____.

__l__ sottoscritt __ si impegna a comunicare qualsiasi variazione nella prenotazione.

L a Dirigenza si riserva il diritto di chiedere al richiedente la certificazione da parte dell'ente che non è stato possibile prenotare al di fuori delle ore di servizio.

Saranno consegnate la certificazione del medico curante che attesti la giornata di cura e di riposo e la certificazione della struttura specifica contenente l'indicazione dell'ora in cui è avvenuta la prestazione.

__l__ sottoscritt __ è a conoscenza dell'art. 17-Assenze per malattia- CCNL del 30 novembre 2007.

Gricignano d' Aversa,

In Fede

Visto Il D.S.G.A.

Dott.ssa Antonietta Verde

Il Dirigente scolastico
Dott.ssa Loredana Russo
