

---

**ISTITUTO COMPRENSIVO DI SCUOLA ELEMENTARE E MEDIA**  
**Folgaria - Lavarone - Luserna**

---

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO**  
**FOLGARIA – LAVARONE - LUSERNA**

**OGGETTO: TUTELA DELLA MATERNITA' - PERMESSO PER VISITA MEDICA SPECIALISTICA** (D.Lgs. 26.03.2001 n. 151 e art. 51 CCPL 2002/05 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ docente a tempo determinato/indeterminato in servizio presso \_\_\_\_\_

**c h i e d e**

**permesso retribuito il giorno** \_\_\_\_\_

**permesso orario dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ il giorno** \_\_\_\_\_

per l'effettuazione di esami prenatali, visite mediche specialistiche.

(Al termine dell'assenza consegnerà dichiarazione per "uso lavoro" rilasciata dalla competente segreteria medica attestante data e orario della visita)

data \_\_\_\_\_

IL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
Prof.ssa Roberta Bisoffi

Da 21-22