

MODULO PERMESSO PER VISITA MEDICA SPECIALISTICA

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 _____

ch 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 Morena Manfrin