ISTITUTO COMPRENSIVO **ARCO**
web: **www.icarco.edu.it** e-mail: **ic.arco@pec.provincia.tn.it**
Loc. Prabi – 38062 ARCO (TN) – Tel. 0464/516429-516929 – C.F. 93012960220

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO ARCO

S E D E

OGGETTO: **RICHIESTA DI PERMESSO BREVE PER VISITA MEDICA SPECIALISTICA**

Il/La sottoscritto/a_____in servizio presso

□ la scuola secondaria di primo grado ARCO

□ la scuola primaria di _____

in qualità di docente: □ con contratto a tempo indeterminato

□ con contratto a tempo determinato

c h i e d e

di potersi assentare dal lavoro, ai sensi dell'art. 55 CCPL 29.11.2004 e successive modifiche, per effettuare una visita medica specialistica, il giorno _____ dalle ore_____ alle ore_____.

Autocertifica che tale richiesta comprende il tempo occorrente per i viaggi di andata e/o ritorno che è di ore:_____ minuti:_____

A tal fine si impegna ad allegare la seguente documentazione:

Certificato medico

Arco, ___/___/_____

_____

firma

VISTO
IL COORDINATORE DI PLESSO

SI CONCEDE
LA DIRIGENTE SCOLASTICA
dott. Paola Maroni