|  |
| --- |
| **Domanda di assenza per visite specialistiche personale ATA** |

Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO I.T.E.T.”CASSANDRO FERMI NERVI” BARLETTA**

Il/la sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in servizio presso questo Istituto scolastico in qualità di

personale ATA a tempo ⎕ indeterminato ⎕ determinato con qualifica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di assentarsi, per malattia, ai sensi dell'art. 33 del CCNL 2018 per l'intera giornata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per effettuazione di**:**

□ visita specialistica

□ terapia

□ prestazione specialistica

□ esame diagnostico

󠄃 Visita Medica dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALLEGA

CERTIFICATO MEDICO

CERTIFICAZIONE OSPEDALIERA

Barletta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto IL DIRIGENTE SCOLASTICO

⎕ SI AUTORIZZA Annalisa RUGGERI

⎕ NON AUTORIZZA