

OGGETTO: Richiesta permesso per visita medica, terapia, prestazione specialistica o esami diagnostici.

Il/la sottoscritt _____, in servizio presso questo Istituto in qualità di _____ con contratto di lavoro a tempo indeterminato, plesso scolastico _____, in ottemperanza a quanto prescritto dall'art. articolo 55-septies, comma 5-ter, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dalla Legge 30 ottobre 2013, n. 125,

C H I E D E

di fruire di:

- ☐ un permesso breve il giorno _____, presumibilmente dalle ore _____ alle ore _____, per effettuare delle prestazioni sanitarie.
- ☐ n. _____ giorni di permesso per documentati motivi personali dal _____ al _____ per effettuare delle prestazioni sanitarie.
- ☐ n. _____ giorni di assenza per malattia dal _____ al _____ per effettuare delle prestazioni sanitarie.

Il/la sottoscritt _____ si impegna a produrre l'attestazione del medico/della struttura sanitaria al rientro in sede.

In caso di diniego a fruirne, i motivi ostativi devono essere comunicati per iscritto allo/a scrivente ai sensi degli artt. 2 e 3 della Legge n. 241 del 7 agosto 1990, come integrata dalla Legge n. 15 dell'11 febbraio 2005.

Data _____

Firma _____