

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL' I.I.S. "LEONARDO DA VINCI"
DI SAN GIOVANNI IN FIORE (CS)

Oggetto: RICHIESTA ASSENZA PER VISITA SPECIALISTICA O DIAGNOSTICA- DAY HOSPITAL

Il sottoscritt _____ nat _____

a _____ il ____/____/____

in servizio presso Questa Istituzione Scolastica in qualità di

Docente a tempo indeterminato

Docente a tempo determinato

Personale Ata a tempo indeterminato

Personale Ata a tempo determinato

a conoscenza dell'art. 17 del CCNL del comparto scuola del 29/11/07 e dell'art. 71 del Decreto Legislativo n. 112 del 25/06/2008 convertito in legge n. 133 del 06/08/08

CHIEDE

Alla S.V. di potersi assentare (dal ____/____/____ al ____/____/____)

per un totale di gg. _____ dovendo praticare una visita

Specialistica;

Diagnostica.

Day Hospital

In provincia

Fuori provincia

San Giovanni in Fiore ____/____/____

Cordiali Saluti

FIRMA
