

	ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "PADRE PIO" Via N. Romano, 54 – 82011 Airola (BN)		MODULO ASSENZA MALATTIA VISITA SPECIALISTICA ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
---	--	--	---

Oggetto: **domanda di assenza per malattia - visita specialistica o accertamenti diagnostici**

Il/la sottoscritto/a _____ in servizio presso la scuola _____ di questo istituto, in qualità di ☐ **docente** - ☐ **ATA** con contratto a tempo indeterminato ☐ determinato ☐ (apporre una crocetta sulla voce che interessa).

COMUNICA / C H I E D E

alla S.V. di assentarsi per gg. _____ dal _____ al _____ per:

- ☐ malattia
- ☐ visita specialistica
- ☐ accertamenti diagnostici _____

da effettuarsi presso _____
Il/La sottoscritto/a (sulla base dell'art.55 del d.lgs.n. 165 30.03.2001, nel caso in cui l'assenza per malattia abbia luogo per l'espletamento di visite, terapie prestazioni specialistiche od esami diagnostici il permesso è giustificato mediante la presentazione di attestazione anche in ordine all'orario, rilasciata dal medico o dalla struttura, anche privati, che hanno svolto la visita o la prestazione o trasmesse da questi ultimi mediante posta elettronica. Dichiaro, sotto la propria responsabilità che l'accertamento/visita non può essere effettuato al di fuori del proprio orario di lavoro. Il/la sottoscritto/a allega o si riserva di allegare l'attestazione sanitaria della visita o dell'accertamento.

SI ALLEGA _____

Comunica, ai fini del controllo della malattia, che durante il periodo di assenza sarà reperibile al seguente indirizzo:

via _____ n° _____ tel. _____

_____,
Luogo **data**

firma per esteso del richiedente

Prot. n° _____	Airola, _____
----------------	---------------

PARTE RISERVATA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Vista la richiesta di cui sopra;

concede quanto richiesto

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa MILANESE MARICA