

\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ in servizio presso codesta  
istituzione scolastica in qualità di \_\_\_\_\_ con  
contratto di lavoro a tempo \_\_\_\_\_

COMUNICA

Che nel/i giorno/i \_\_\_\_\_ dovrà sottoporsi a  
visita specialistica esami diagnostici altro \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

Consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e mendaci  
dichiarazioni, previste dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, \_la/il  
sottoscritta/o dichiara, con riferimento all'art.76 del DPR 28/12/2000 n.445;

- a) Che è stato possibile prenotare la visita medica solo in orario  
antimeridiano in coincidenza con le ore di lavoro
- b) Che la prenotazione è prevista per le ore \_\_\_\_\_

La/il sottoscritta/o si impegna a comunicare qualsiasi variazione nelle prenotazioni e a  
consegnare la certificazione della struttura pubblica presso quale è stata effettuata la visita,  
contenente l'indicazione dell'ora, e la relativa prescrizione del medico convenzionato con il  
S.S.N. se la prestazione specialistica è resa da una struttura privata.

\_La/il sottoscritta/o è a conoscenza dell'art.17 – Assenza per malattia- del CCNL del 30 aprile  
2007 e che la dirigenza si riserva la facoltà di chiedere conferma alla struttura presso la quale  
è stato possibile prenotare la visita medica al di fuori delle ore di servizio.

Capaci, li \_\_\_\_\_

Firma

Il Direttore dei Servizi Generali e Amministrativi  
Benedetto Salvino

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Iolanda Nappi

**DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE**

**VISITA SPECIALISTICA**

**Codice del documento:**

**Data emissione 14.09.10218**

**N° di revisione: 00**

**Pagina 1 di 1**